

# Indicateurs de Base sur l'Utilisation des Méthodes de Longue Durée du Projet CMS au Maroc

Majda Bessaih, M. Brahim Boubkry,  
Kimberly Smith & William Winfrey





# Indicateurs de Base sur l'Utilisation des Méthodes de Longue Durée du Projet CMS au Maroc

Majda Bessaih  
M. Brahim Boubkry  
Kimberly Smith  
William Winfrey

AVRIL 2002



COMMERCIAL MARKET STRATEGIES

**RAPPORT DU PROJET CMS**





## COMMERCIAL MARKET STRATEGIES

NEW DIRECTIONS IN REPRODUCTIVE HEALTH

---

**Commercial Market Strategies** (CMS) constitue un effort sans précédent visant à élargir le rôle des secteurs privé et commercial en matière de santé reproductive dans les pays en développement.

Ce projet, financé par l'USAID, combine un certain nombre d'éléments (tels que le marketing social, les partenariats commerciaux, les réseaux de prestataires, la pérennisation des ONG, les fonds patrimoniaux, le financement des soins de santé et l'adaptation des politiques générales) afin de développer l'utilisation de la planification familiale et autres prestations et produits en matière de santé reproductive. CMS se fonde sur des initiatives novatrices mettant en jeu le secteur privé et financées par l'Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID) depuis ces quinze dernières années.



**FUNDED BY**  
The US Agency for  
International Development  
USAID Contract No. HRN-C-00-90-00039-00

**Deloitte  
Touche  
Tohmatsu**

**IN PARTNERSHIP WITH**  
Abt Associates Inc.  
Population Services International

*This research was made possible through support provided by the Bureau of Global Health, Office of Population and Reproductive Health, US Agency for International Development (USAID) under the terms of Contract No. HRN-C-00-98-00039-00. The views and opinions of authors expressed herein do not necessarily state or reflect those of USAID or the U.S. Government.*

# Table des matières

1	<b>Introduction</b> .....	1
2	<b>Méthodologie de l'étude</b> .....	3
3	<b>Indicateurs et tendances au Maroc</b> .....	11
4	<b>Potentiel d'utilisation des méthodes de planification familiale de longue durée</b> .....	23
5	<b>Le secteur privé</b> .....	32
6	<b>Discussion et Conclusion</b> .....	42
7	<b>Références</b> .....	44
8	<b>Annexe</b> .....	45



## **Abréviations**

AMPF	Association marocaine de planification familiale
CMS	Commercial Market Strategies
EPPS	Enquête de Panel sur la Population et la Santé
MS	Marketing Social
PF	Planification Familiale
SR	Santé Reproductive
SSE	Statut Socio-économique



# 1 Introduction

## 1.1 CMS au Maroc

La population du Maroc est estimée à 30 millions d'habitants. Ces 30 dernières années, le taux d'accroissement de la population au Maroc a diminué, passant de 2,8% pendant les années 70 à 1,7% en 1996-1997 (PAPCHILD 1997). Le taux de fécondité a baissé dernièrement, passant de 4,2 enfants par femme en 1992 à 3,1 en 1997. Le taux de mortalité infantile a diminué, de 122 pour 1000 en 1970 à 37 pour 1000 en 1997.

Les programmes nationaux ont joué un rôle capital au niveau de l'amélioration de la santé reproductive et infantile. Le marketing social (MS) a contribué énormément à l'expansion de la planification familiale (PF) et a diminué la charge de travail du secteur public. Toutefois, il reste des défis à relever, notamment en ce qui concerne le nombre croissant de femmes qui souhaitent limiter leur nombre d'enfants. Le programme de PF accorde une importance de plus en plus grande aux méthodes de PF de longue durée (par exemple, les injectables et le stérilet). De plus, la pérennisation des programmes de PF revêt une grande importance puisque les bailleurs de fonds envisagent de se retirer ou de diminuer leur niveau d'assistance à ces programmes. Un des mécanismes pour renforcer la viabilité à long terme des programmes nationaux consiste à renforcer et consolider le rôle du secteur privé au niveau de l'offre et de la prestation des services et produits de santé reproductive et infantile.

Le Projet Commercial Market Strategies (CMS) au Maroc vise à atteindre trois objectifs :

- Assurer la pérennisation du MS des produits et services de santé reproductive et infantile (surtout les méthodes contraceptives de longue durée)
- Améliorer l'environnement institutionnel pour accroître les prestations abordables et de qualité en santé familiale dans le secteur privé
- Promouvoir une responsabilité sociale et collective en matière de santé reproductive (SR).

Actuellement, le programme de MS met sur le marché trois marques de produits de PF : la pilule *Kinat Al Hilal*, le stérilet *Lawlab Al Hilal* et l'injectable *Hoqnat Al Hilal*. Le programme de MS soutient également la vente d'une solution de réhydratation par voie orale (SRO) appelée Biosel.

Le présent rapport est un compte rendu partiel d'une enquête sur les connaissances et l'utilisation de produits et services de santé reproductive et infantile parmi les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans. CMS en accord avec le Ministère de la Santé a également réalisé une enquête auprès de prestataires de soins de santé et de pharmaciens dans les communautés où les gens ont été interviewés dans le cadre de l'enquête mentionnée auparavant. Un des objectifs principaux de cette deuxième enquête est de faire une évaluation des attitudes des prestataires publics, privés et des pharmaciens vis-à-vis de la PF et des marques de MS de la PF fournis au Maroc.

Le présent rapport n'est pas exhaustif. Un rapport intitulé *Enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) des Ménages en Matière de Planification Familiale* comprend une tabulation plus complète des variables de l'enquête. Le présent rapport contient une information choisie (tant notifiée qu'interprétée) qui se veut directement pertinente au programme.

## 1.2 Indicateurs au départ et à l'arrivée

Vu la réussite du programme précédent, de PF au Maroc, il est important de suivre les progrès et de cerner les domaines pouvant être améliorés. Le Ministère de la Santé est le coordinateur de toutes les activités de PF. A ce titre, il est très intéressé par des indicateurs qui mesurent l'impact de ces activités, tels que la prévalence contraceptive et l'utilisation générale des méthodes individuelles de PF. Certains des résultats présentés se rapportent aux efforts faits par le Ministère pour évaluer les activités sur le plan de la prévalence de la contraception et utilisation de méthodes par les femmes.

CMS aura essentiellement un impact sur des facteurs programmatiques qui sous-tendent la réussite à long terme du programme de PF au Maroc. Un grand nombre des domaines où CMS pense avoir un impact n'ont pas été mesurés par le passé. Ce rapport présente des données qui font le point de la situation actuelle. Vers la fin de la période de cinq ans du projet de CMS, CMS en accord avec le Ministère organisera une seconde enquête pour mesurer à nouveau les indicateurs de l'impact et les indicateurs associés le plus étroitement aux activités du projet CMS.

## 1.3 Principales questions de recherche

CMS a déjà commencé à réaliser ses activités mais un grand nombre des aspects du programme auront besoin de corrections à mi-parcours. Ce rapport présente une recherche guidant la seconde moitié du cycle du projet. Voici les questions auxquelles cherche à répondre ce document :

- Est-ce que le programme de PF au Maroc continue à consolider/amplifier les réussites du passé ?
- Quelles sont les caractéristiques de certains groupes de femmes marocaines qui les destinent bien à la promotion de méthodes de longue durée ?
- Quels sont les facteurs qui influencent le choix du prestataire/source d'approvisionnement parmi les groupes ciblés par le programme de MS ?
- Principalement, comment consolider les efforts de MS pour faire augmenter la contribution du secteur privé ?

## 1.4 Vue d'ensemble du document

Il existe quatre sections de résultats dans ce document. Ces sections qui traitent davantage d'aspects complémentaires du programme marocain de PF et du projet CMS ne sont pas une suite logique les unes des autres, aussi peuvent-elles être lues séparément. La première section est une présentation d'indicateurs concernant le programme de PF. Il s'agit d'une information initiale sur des indicateurs importants de CMS. La seconde présente une recherche qui aidera à concevoir des programmes visant à accroître l'utilisation de méthodes de PF de longue durée telles que les injectables et le stérilet. La troisième dégage des informations sur le programme de MS. La quatrième section met l'accent sur les utilisatrices du secteur privé et voit comment on peut augmenter la part du marché pour le secteur privé. Enfin la conclusion récapitule les résultats de chaque section et fait une synthèse des thèmes communs.

## 2 Méthodologie de l'étude

### 2.1 Contexte

CMS a fait appel aux services de LMS Marketing pour la réalisation des enquêtes connexes. La première a consisté en une enquête auprès de ménages choisis aléatoirement qui a permis la collecte d'informations sur le statut socio-économique du ménage, ce qui a conduit à identifier les personnes présentant le profil requis pour les deux autres enquêtes. Dans le cadre de la seconde enquête sur laquelle repose le présent rapport, les femmes mariées en âge de procréer ont été interviewées sur leurs connaissances et utilisation des services de PF et de soins de santé maternelle.

La démarche méthodologique développée et utilisée relève d'une approche quantitative par questionnaires structurés administrés à un échantillon de la population-cible. Cette section présente, en bref, les questionnaires, le plan de sondage, la formation et collecte des données, et le traitement informatique. Le document « *Connaissance, attitudes et pratiques des ménages en matière de planification familiale: Deliverable 2* » contient les détails complets du plan de sondage.<sup>1</sup>

Deux questionnaires distincts ont été conçus et utilisés pour recueillir les données de cette étude :

- Un questionnaire d' « éligibilité » / « ménage »
- Un questionnaire « femmes »

Les questionnaires éligibilité et femmes ont été développés à partir des questionnaires modèles de « *Demographic and Health Surveys* » (DHS).<sup>2</sup>

### 2.2 Questionnaire Éligibilité/Ménage

Le questionnaire ménage/éligibilité a permis d'enregistrer des informations sur les membres du ménage sélectionné; nom, lien de parenté avec le chef de ménage, sexe, âge, situation de résidence, niveau d'instruction, maladies ou blessures au cours des 30 derniers jours, etc. Ce questionnaire a été administré au chef de ménage ou à la personne reconnue comme telle. Sa finalité était de sélectionner la ou les personne(s) auxquelles seront soumis les questionnaires. La dernière partie du questionnaire contenait des informations sur les caractéristiques de l'habitat, les biens possédés par le ménage, et les dépenses quotidiennes des ménages.

---

<sup>1</sup> LMS Marketing. 2001. « *Connaissance, attitudes et pratiques des ménages en matière de planification familiale : Deliverable 2* ». CMS Project : Washington, DC.

<sup>2</sup> E.g., Azelmat, Mustapha, Mohamed Ayad et El Arbi Housni. 1996. *Enquête de Panel sur la Population et la Santé (EPPS) 1995*. Calverton, Maryland (U.S.A) : Ministère de la Santé Publique, Direction de la Planification et des Ressources Financières, Service des Etude et de l'Information Sanitaire et Macro Internationale Inc.

## 2.3 Questionnaire Femmes

Le questionnaire femmes a été utilisé pour enregistrer les informations concernant les femmes éligibles. Il concerne toutes les femmes éligibles des ménages sélectionnés ; il s'agit des femmes mariées âgées de 15-49 ans; ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage sélectionné. Ce questionnaire a été conçu de façon à répondre aux objectifs du projet CMS et ses partenaires. En plus de la page de couverture analogue à celle du questionnaire ménage, il comprend les sections qui traitent des sujets suivants : Caractéristiques Socio-démographiques de l'enquêtée; Naissances; Les Produits et Services de PF; Notoriété des Produits *Al Hilal*; PF; Utilisatrices Actuelles; Sources d'approvisionnement; Non-utilisatrices de PF; Autres Produits et Services de Santé; Enfants Nés Durant les 5 Dernières Années; Soins Périnataux/Dépenses d'Accouchement/ Soins Postnataux; et Attitudes à l'égard de la pilule, du stérilet, et de l'injectable.

## 2.4 Méthodologie d'Echantillonnage

### Base de Sondage

L'échantillon de l'enquête CMS 2000 est un échantillon stratifié et représentatif au niveau national, composé de 135 unités primaires.<sup>3</sup> L'approche probabiliste a été retenue pour la réalisation de cette enquête. Selon cette approche, chaque élément de la population a une probabilité connue et non nulle d'appartenir à l'échantillon. L'application d'une méthodologie probabiliste nécessite la disponibilité d'une base de sondage adéquate. La base de sondage de cette enquête a été l'échantillon-maître<sup>4</sup> élaboré et utilisé par la Direction de la Statistique pour la réalisation de la totalité de ses enquêtes auprès des ménages.

### Stratification des Unités Primaires

Pour améliorer la précision des estimations et pour assurer une bonne représentativité géographique, les critères de stratification adoptés au moment de l'élaboration de l'échantillon-maître sont les suivants :

- *Stratification selon le milieu de résidence.* La première stratification est la répartition du territoire national en milieux urbain et rural en raison des spécificités propres à chacun de ces milieux.
- *Stratification géographique.* Il s'agit de regrouper un certain nombre d'unités primaires dans une même entité géographique calquée sur le découpage administratif (il s'agit, selon le milieu, de la région, de la province, de la préfecture ou des communes urbaines) et cela dans le but d'assurer une meilleure représentativité spatiale de l'échantillon.

---

<sup>3</sup> Une unité primaire se définit comme étant une aire géographique caractérisée par des limites claires permettant sa localisation, sans aucune ambiguïté, sur le terrain. La définition des unités primaires repose sur la notion de District de Recensement (D.R.). Une unité primaire regroupe 2 à 3 districts contigus, soit en moyenne 300 ménages.

<sup>4</sup> L'échantillon-maître est défini comme un ensemble de zones géographiques ou unités primaires au sein desquelles on sélectionne des sous échantillons pour réaliser les diverses enquêtes auprès de ménages.

En milieu urbain, la répartition de 90 unités primaires de l'échantillon entre les régions et les strates d'habitat s'est effectuée proportionnellement à leur poids. Deux tiers (67%) de l'échantillon a été alloué aux agglomérations urbaines.<sup>5</sup> L'échantillon urbain contient 90 unités primaires contre 45 unités primaires pour le milieu rural. Nous avons choisi ces effectifs pour parvenir à une plus grande fiabilité des résultats tant au niveau national qu'au niveau urbain. L'essentiel des activités du programme de CMS se déroule dans les agglomérations urbaines.

## **2.5 Formation des Enquêtrices et Collecte des Données**

### **Formation**

Pour effectuer le travail sur le terrain, deux sessions de formation, d'une durée de 4 jours chacune encadrée par l'équipe de CMS ont eu lieu. Ces formations étaient destinées dans un premier temps spécialement aux superviseurs et dans un deuxième temps aux enquêteurs/enquêtrices en présence de leurs superviseurs.

### **Collecte des Données**

Le travail de collecte des données s'est étalé sur une période allant du mois de novembre 2000 au mois de janvier 2001. Le recueil des données sur le terrain a été pris en charge par une équipe de 24 enquêteurs et enquêtrices encadrés de manière continue par 6 superviseurs de LMS Marketing et deux personnes de CMS présentes également continuellement sur le terrain. Les questionnaires ont été administrés dans leur presque totalité en arabe dialectal au cours d'entretien de face à face au domicile des répondants.

---

<sup>5</sup> Cet échantillon n'est pas auto pondérée au niveau national, donc nous avons pondéré les observations dans la base de données. C'est-à-dire nous avons fait des corrections pour que les observations rurales et les observations urbaines aient des influences aux analyses qui sont proportionnelles aux populations respectives. Les techniques utilisées sont expliquées dans LMS (2000).

## **2.6 Traitement Informatique**

### **Codage et Saisie des Questionnaires**

Les questionnaires remplis et contrôlés étaient envoyés au bureau de LMS Marketing à Casablanca où les questionnaires ont été relus et codés avant de les saisir. Le programme de saisie qui a été utilisé est le module 'Quancept' du package Quantum, famille SPSS. Ce module permet, à l'aide de son propre langage de programmation, de transformer le questionnaire en un masque de saisie appelé «script».

### **Traitement et Analyse**

Préalablement au traitement statistique, on a procédé au nettoyage du fichier des données par LMS Marketing. Au cours de ce processus de vérification et d'apurement des données des listings des fréquences simples de toutes les variables ont également été édités et passés en revue. Le traitement des données à été réalisé à l'aide du package SPSS.

Bien que ces données aient été préalablement nettoyées par LMS Marketing, l'équipe de recherche de CMS a tenu à en refaire un nettoyage plus approfondi. Les estimations sont produites d'après les données d'échantillon. Elles tiennent compte du plan d'échantillonnage et emploient des techniques d'estimation fondées sur la théorie de l'échantillonnage.

L'échantillon n'est pas auto pondéré, les poids ont donc été calculés et appliqués pour chaque ménage et chaque femme.

## 2.7 Caractéristiques des Ménages

Le Tableau 2.1 présente la répartition des marocains selon âge et résidence. En général, les personnes d'âges économique-productifs sont surreprésentées dans les zones urbaines. Autrement dit, le rapport de dépendance est plus grand dans les zones rurales que dans les zones urbaines. Mais pour les programmes de MS la surreprésentation des femmes en âge de reproduction dans les zones urbaines en fait une cible très importante.

*Tableau 2.1: Population des ménages par âge et sexe. Répartition (en %) de la population (de fait) des ménages par groupe d'âges quinquennal, selon le milieu de résidence et le sexe, données CMS 2000.*

Groupe d'âges	Urbaine			Rural			Total		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
0-4	6,1	6,6	6,4	8,6	9,4	9,0	7,4	7,9	7,7
5-9	8,9	9,8	9,4	12,1	11,5	11,8	10,5	10,6	10,6
10-14	10,7	10,4	10,5	12,6	12,3	12,4	11,6	11,3	11,5
15-19	12,4	11,9	12,2	12,3	12,0	12,1	12,3	11,9	12,1
20-24	10,0	10,3	10,1	11,4	9,7	10,6	10,7	10,0	10,4
25-29	9,4	9,0	9,2	7,7	8,4	8,1	8,6	8,7	8,7
30-34	7,9	8,7	8,3	6,2	5,5	5,9	7,1	7,2	7,1
35-39	6,8	7,5	7,2	4,4	5,3	4,8	5,6	6,5	6,0
40-44	6,7	5,8	6,2	4,6	5,4	5,0	5,6	5,6	5,6
45-49	4,7	3,8	4,2	3,0	3,0	3,0	3,8	3,4	3,6
50-54	3,2	5,5	4,4	3,6	5,8	4,7	3,4	5,7	4,5
55-59	2,9	2,6	2,7	2,4	2,4	2,4	2,7	2,5	2,6
60-64	3,0	3,6	3,3	3,2	3,8	3,5	3,1	3,7	3,4
65-69	2,1	1,1	1,6	1,5	1,3	1,4	1,8	1,2	1,5
70-74	2,3	1,4	1,8	2,7	2,2	2,4	2,5	1,8	2,1
75-79	0,8	0,5	0,7	1,0	0,4	0,7	0,9	0,5	0,7
80-95	1,2	0,8	1,0	1,8	1,3	1,5	1,5	1,0	1,2
Non déterminé/ NSP	1,1	0,7	0,9	0,8	0,4	0,6	1,0	0,6	0,8
<b>Total</b>	<b>100</b>								
<b>Effectif*</b>	<b>2857</b>	<b>2989</b>	<b>5846</b>	<b>1783</b>	<b>1663</b>	<b>3446</b>	<b>4640</b>	<b>4652</b>	<b>9292</b>

\*L'effectif n'est pas pondéré. Les effectifs sont les nombres bruts d'observations utilisés pour la répartition de chaque colonne.

## 2.8 Techniques et stratégie d'analyse

### Création d'un indicateur sur le statut socio-économique (SSE)

L'identification et le ciblage de strates socio-économiques sont des éléments importants de tout programme de MS des contraceptifs. Les buts du présent rapport nécessitent un classement des ménages dans des catégories correspondant à leur statut socio-économique. Seulement il est très difficile voir impossible de collecter des mesures sur une seule variable du SSE. Aussi, avons-nous utilisé une démarche s'inspirant d'une fourchette d'informations pour créer l'indice SSE.

Dans l'enquête ménages, le chef de ménage a fourni des informations sur les montants approximatifs que sa famille consacre aux dépenses régulières et semi-régulières. Le total de ces dépenses est une indication du statut socio-économique du ménage et de la capacité des membres de la famille de payer pour les services de santé.

Mais un grand nombre de ménages n'ont pas donné une information complète sur leurs dépenses. Seuls 682 ménages sur 1574 ménages enquêtés ont des informations complètes sur leurs dépenses. En outre, les chefs de ménage n'arrivent pas à se rappeler correctement les dépenses pour les besoins de la famille. Pour contourner ces obstacles, nous avons créé une équation qui estime les dépenses du ménage.

D'autre part, la quasi-totalité des ménages a répondu aux questions concernant leurs biens. A l'inverse des dépenses de ménages, les biens de ménages sont assez facilement évaluables puisque physiquement identifiables dans le ménage. Dans cette enquête nous avons demandé si les ménages possèdent les biens suivants : Télévision, Téléphone, Réfrigérateur, Bicyclette, Motocycle, Tracteur, Charrette et Voiture personnelle. De plus nous avons d'autres paramètres de bien-être des ménages : électrification dans le ménage, nombre de pièces dans la maison et emplacement du ménage (urbain v. rural).

Il existe une très bonne correspondance entre le nombre et les types des biens des ménages et les dépenses régulières des ménages. Plus récemment Mark Montgomery a démontré qu'on peut profiter de cette correspondance pour établir le statut économique des ménages.<sup>6</sup> Nous avons utilisé la méthode de régression simple pour quantifier une relation multi-variée entre les dépenses des ménages (estimées avec erreur comme dite ci-dessus), les biens du ménage et le milieu. Le Tableau A.1 de l'Annexe montre les résultats de la régression.

Avec une formule dérivée de la régression, nous avons calculé une estimation des dépenses régulières de chaque ménage, y compris dans le cas des ménages qui n'ont pas répondu aux questions concernant les dépenses.

Dans ce rapport, le niveau exact des dépenses n'est pas important. Nous cherchons davantage à savoir si le ménage est plus ou moins aisé ou à quelle classe socio-économique il appartient. Aussi, avons-nous classé les ménages en allant des plus pauvres aux plus riches. Ensuite nous avons subdivisé les ménages en cinq classes numériquement égales : très pauvre, pauvre, moyen, moyen-supérieur et riche.

---

6 "Measuring Living Standards with Proxy Variables," (avec Michele Gagnolati, Kathleen Burke, and Edmundo Paredes), *Demography*, 2000, 37(2): 155-174.

Le Tableau 2.2 présente une distribution des groupes selon divers indicateurs démographiques et sociaux. Les ménages relativement aisés sont concentrés dans les zones urbaines, ont moins de personnes par pièce et possèdent davantage de biens. Plus de la moitié des ménages dans les groupes les plus pauvres sont privés d'électricité. Les ménages les plus riches sont les seuls à posséder, en nombre important, des voitures et seuls les deux quintiles les plus riches possèdent en nombre important des téléphones (mais il existe une grande différence entre les groupes à revenus moyen-supérieur et le quintile le plus riche du point de vue possession).

Tableau 2.2: Pourcentage de ménages par milieu, région et caractéristiques des ménages, en fonction du statut socio-économique (SSE), données CMS 2000.

Caractéristique	SSE ménages					
	Très pauvres	Pauvres	Moyens	Moyen-supérieur	Riches	Effectif
<b>Milieu de résidence</b>						
Urbain	6,1	22,4	60,0	90,6	93,9	1042
Rural	93,9	77,7	40,0	9,4	6,1	532
<b>Région</b>						
Région Sahara	1,2	1,2	3,8	2,4	4,1	48
Souss, Massa, Dra	10,5	15,6	11,5	4,7	4,8	137
Gharb, Charda-Bni Hs	9,2	6,5	2,9	3,4	4,9	79
Chaouia-Ouardigha	8,4	7,8	7,3	5,3	3,9	80
Marrakech - Tensift	25,6	13,2	6,4	6,0	6,4	148
Oriental	4,8	7,0	8,3	9,9	4,3	104
Grand Casablanca	1,4	3,8	17,1	20,2	24,3	234
Rabat – salé Zemmour	1,1	2,0	7,0	10,4	13,1	140
Doukkala	16,1	9,3	4,1	4,9	4,4	96
Tadla-Azilal	1,4	6,9	5,9	5,1	2,5	72
Meknes- Tafilalet	4,4	5,1	6,6	5,4	13,6	119
Fes-Boulemane	2,3	3,4	8,4	7,5	4,5	92
Taza-Al Hociema	5,9	10,1	4,2	7,6	2,7	94
Tanger-Tetouan	9,1	8,1	6,4	7,4	6,6	131
<b>Nombre de personnes par pièce utilisée pour dormir</b>						
1-2	21,4	33,7	26,5	25,2	46,0	473
3-4	62,1	52,7	54,7	56,1	48,7	855
5-6	14,8	11,0	14,7	13,8	4,8	197
7 ou plus	1,8	2,6	4,1	5,0	0,5	49
<b>Biens durables</b>						
Electricité	12,7	44,7	79,6	97,8	98,8	1555
Télévision	32,0	73,2	89,9	99,3	100,0	1557
Téléphone	0,0	1,0	4,4	30,7	89,2	1557
Réfrigérateur	0,0	5,4	20,0	86,5	97,6	1557
Bicyclette	9,7	17,9	12,0	22,7	18,3	1558
Motocycle	4,2	12,1	13,3	15,2	14,0	1558
Voitures personnelles	0,0	1,9	3,7	6,7	30,1	1558
<b>Ensemble</b>	<b>20,0</b>	<b>20,1</b>	<b>20,1</b>	<b>20,2</b>	<b>19,6</b>	<b>1574*</b>

## **2.9 Stratégie d'analyse**

Nous pensons que la plupart des lecteurs de ce rapport ont des connaissances en santé publique et SR. Mais nous savons bien que la plupart des lecteurs préfèrent des présentations numériques relativement simples. Par conséquent, notre analyse se limite à la tabulation croisée d'indicateurs importants et de variables avec des paramètres que nous jugeons importants pour la réussite continue du programme de PF.

## 3 Indicateurs et tendances au Maroc

### 3.1 Impact du programme de PF

Le programme de PF a fait des progrès remarquables ces dix dernières années. La prévalence contraceptive moderne a augmenté, passant de 42% en 1992 à 60% en 2000.

Le Tableau 3.1 et le Graphique 3.1 indiquent l'utilisation de la PF ces cinq dernières années. Actuellement, la prévalence de la contraception s'élève à 60%, soit une augmentation de 10 points ces cinq dernières années. La hausse est due entièrement à l'utilisation accrue des méthodes modernes, qui est passée de 42% à 52%. Nous remarquons, maintenant que plus de 80% de femmes mariées ont utilisé une méthode moderne de PF à un moment quelconque.

Le dernier tiers du Tableau 3.1 indique la combinaison de méthodes parmi les femmes utilisant actuellement une méthode contraceptive. La pilule en tant que pourcentage de l'utilisation totale a gardé une part constante. Les stérilets et les injectables ont élargi leur part alors que la stérilisation féminine, les condoms et les méthodes traditionnelles ont vu leur part diminuer. Mais le nombre total d'utilisateurs/utilisatrices de condoms et de stérilisation a augmenté vu la hausse continue de la prévalence de la contraception et du nombre de femmes en âge de procréer.

Graphique 3.1: Utilisation de la contraception, au cours des années 1995–2000

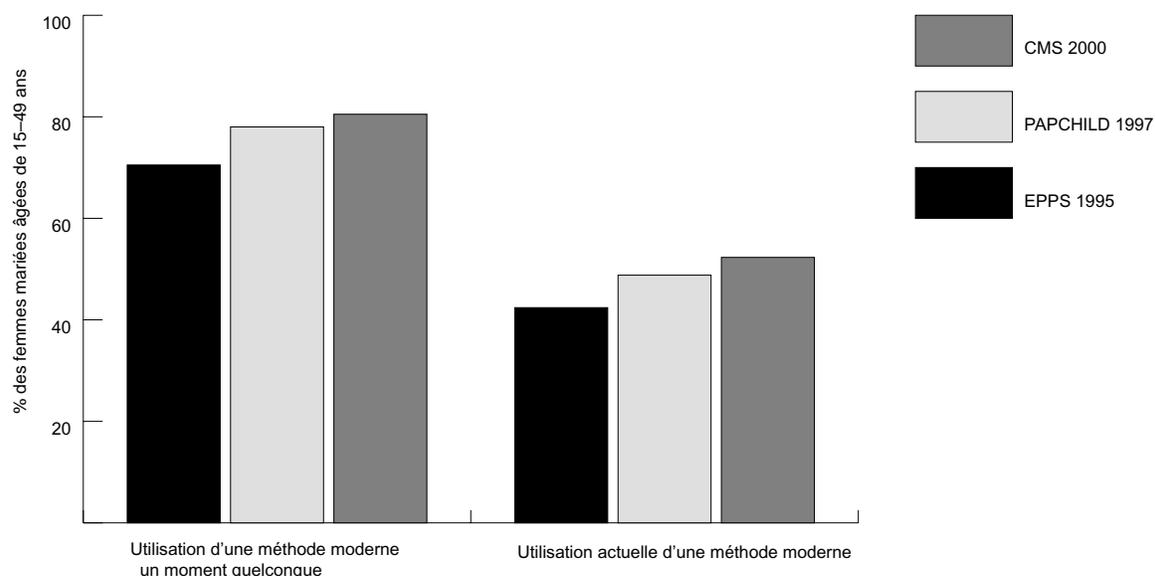


Tableau 3.1: Utilisation de la contraception au cours des années 1995-2000

Répartition (en %) des femmes mariées âgées de 15-49 ans par méthode contraceptive actuellement utilisée, données de CMS 2000, PAPCHILD 1997 et EPPS 1995.

Utilisation	EPPS 1995	PAPCHILD 1997	CMS 2000
<b>Utilisation de la contraception à un moment quelconque</b>			
N'importe quelle méthode	74,1	84,4	83,4
N'importe quelle méthode moderne	70,5	78,0	80,5
N'importe quelle méthode traditionnelle	23,5	38,5	11,9*
Aucune méthode	25,9	15,6	16,6
<b>Utilisation actuelle de la contraception</b>			
N'importe quelle méthode	50,3	58,4	60,3
N'importe quelle méthode moderne	42,4	48,8	52,3
N'importe quelle méthode traditionnelle	7,9	11,6	8,0
Aucune méthode	49,7	41,6	39,7
Total	100	100	100
Effectif de femmes	2481	4695	1060
<b>Mélange de méthodes utilisées actuellement</b>			
<b>Méthodes modernes</b>			
Pilule	64,2	65,6	63,7
Stérilet	8,5	9,1	12,8
Injectable	0,2	1,2	2,5
Méthodes vaginales	0,2	0,2	0,1
Condom	2,8	2,1	1,8
Stérilisation féminine	8,5	5,1	5,9
Stérilisation masculine	0,0	0,0	0,0
Implant/Norplant	0,0	0,2	0,0
<b>Méthodes traditionnelles</b>			
Contenance périodique	9,1	5,5	8,7
Retrait	5,6	5,1	4,4
Allaitement Prolongé	0,0	5,5	0,1
Autres	0,8	0,5	0,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Effectif de femmes</b>	<b>1248</b>	<b>2742</b>	<b>661</b>

\* A cause des imprécisions aux questionnaires de EPPS et de CMS, l'allaitement prolongée est sous estimée pour ces enquêtes. Donc, l'utilisation d'allaitement prolongée (et par conséquent la somme des méthodes traditionnelles et la somme totale) n'est pas comparable à travers les trois enquêtes. Pourtant, les sommes des méthodes modernes sont bien comparables.

Le Tableau 3.2 et le Graphique 3.2 montrent que les taux de prévalence des méthodes modernes de contraception dans les zones urbaines et rurales ont augmenté. L'essentiel de l'accroissement de la prévalence contraceptive au Maroc ces dix dernières années provient d'une forte croissance dans les zones rurales. Mais les zones rurales accusent encore un retard par rapport aux zones urbaines, de l'ordre de presque 15%.

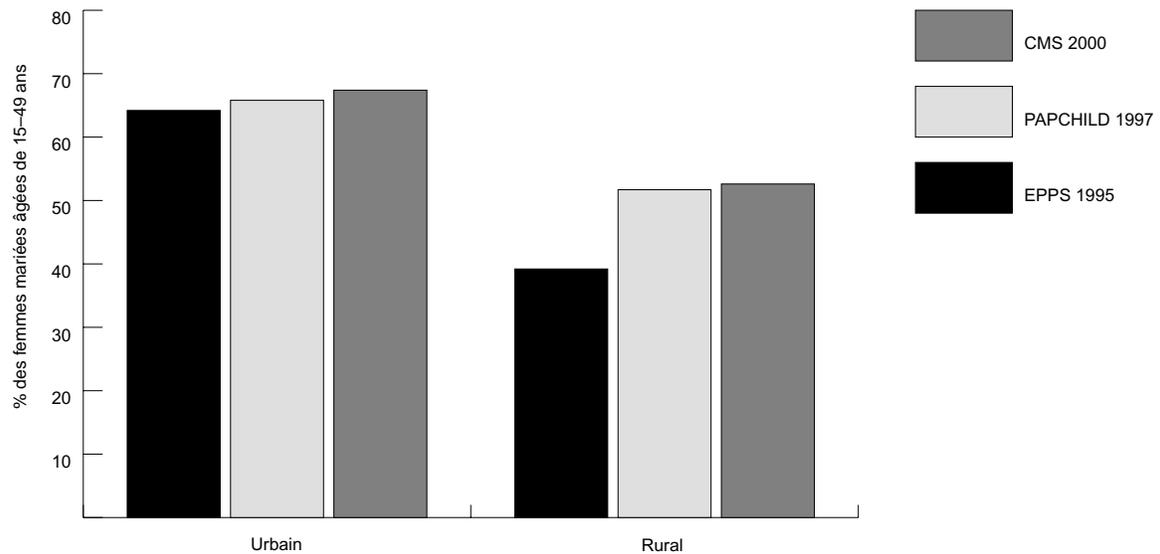
Tableau 3.2: Utilisation actuelle de la contraception par milieu, au cours des années 1995-2000.

Répartition (en %) des femmes mariées âgées de 15-49 ans par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon le milieu, données CMS 2000, PAPCHILD 1997 et EPPS 1995.

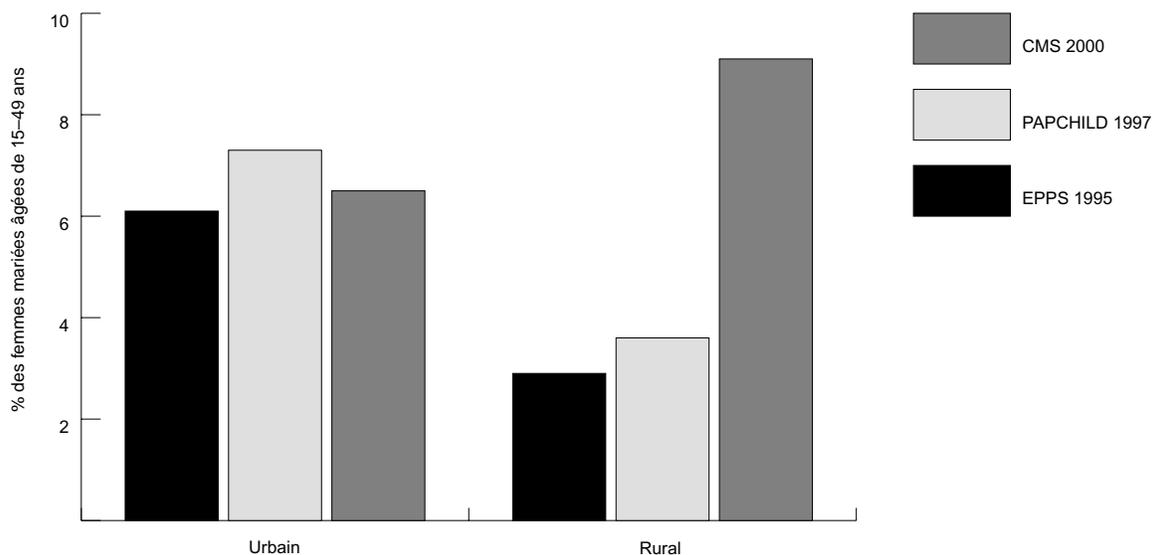
Utilisation	EPPS 1995	PAPCHILD 1997	CMS 2000
<b>N'importe quelle méthode*</b>			
Urbain	64,2	65,8	67,4
Rural	39,2	51,7	52,6
<b>N'importe quelle méthode moderne</b>			
Urbain	51,0	54,3	56,5
Rural	35,6	43,8	47,9
<b>N'importe quelle méthode traditionnelle*</b>			
Urbain	13,2	11,6	11,0
Rural	3,6	7,8	4,7
<b>Effectif</b>	<b>1248</b>	<b>2742</b>	<b>661</b>

\* A cause des imprécisions aux questionnaires de EPPS et de CMS, l'allaitement prolongé est sous estimée pour ces enquêtes. Donc, l'utilisation d'allaitement prolongé (et par conséquent la somme des méthodes traditionnelles et la somme totale) n'est pas comparable à travers les trois enquêtes. Les sommes des méthodes modernes sont bien comparables.

Graphique 3.2: Utilisation actuelle de la contraception par milieu, au cours des années 1995-2000



Graphique 3.3: Utilisation actuelle des stérilets par milieu, au cours des années 1995–2000



Le Tableau A.2 dans l'Annexe représente la prévalence contraceptive dans les zones rurales et urbaines, triée par méthode. Les tendances du tableau sont analogues à celles susmentionnées, à une exception près : l'accroissement de la part du stérilet dans la combinaison totale est un phénomène rural. Le Graphique 3.3 extrait quelques chiffres de l'annexe. Nous voyons qu'en milieu urbain la prévalence d'utilisation de stérilet n'a pas changé au cours des cinq dernières années. En milieu rural, la prévalence a triplé au cours de ces cinq années.

Le Tableau 3.3 indique les sources d'approvisionnement où les femmes obtiennent leurs services de PF. La première section du tableau montre la source pour toutes les méthodes cumulées. Le secteur public fournit encore des services et des produits à 60% des femmes utilisant actuellement une méthode moderne de PF. Toutefois ces cinq dernières années, le secteur privé a légèrement gagné du terrain, surtout les médecins. La seconde section du tableau montre les sources où les femmes obtiennent la pilule. Vu que la pilule est de loin la méthode la plus utilisée, les sources d'approvisionnement de cette méthode reflètent la combinaison de sources en général.

Dans la troisième section, la combinaison de sources du stérilet est indiquée. Le tableau montre que pratiquement toute l'augmentation de l'utilisation du stérilet provient d'une hausse importante des consultations (pose de stérilet) chez les prestataires du secteur public. Actuellement 90% des stérilets sont obtenus auprès du secteur public. L'essentiel de l'accroissement est dû à une part plus importante des hôpitaux publics.

Plus de 95% des utilisatrices des injectables obtiennent leur méthode du secteur public. En 1997, l'enquête PAPCHILD a montré qu'à peu près 85% de ces utilisatrices ont obtenu leurs services du secteur public. Donc l'injectable est de loin une méthode du secteur public et que les efforts faits jusqu'à l'an 2000 de promouvoir le secteur privé n'ont pas obtenu un grand succès.

Tableau 3.3: Sources d'approvisionnement en contraceptifs modernes, selon l'année.

Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes par source d'approvisionnement ou d'informations la plus récente, selon les méthodes spécifiques.

Sources	EPPS 1995	PAPCHILD 1997	CMS 2000
<b>TOUTES METHODES MODERNES</b>			
<b>Secteur public</b>	<b>62,6</b>	<b>60,2</b>	<b>60,1</b>
Hôpital	8,7	5,8	11,6
Maternité	1,9	0,4	0,6
Centre de santé/ Dispensaire	46,3	49,8	45,2
Visite à domicile	5,1	0,3	1,1
Equipe mobile	0,6	2,0	1,6
<b>Secteur médical privé</b>	<b>37,1</b>	<b>39,8</b>	<b>37,7</b>
AMPF	0,8	1,1	0,9
Pharmacie	33,4	35,3	31,7
Clinique/polyclinique	2,1	1,8	1,3
Médecins <sup>7</sup>	0,8	0,8	3,8
<b>Autre secteur privé</b>	<b>0,2</b>	<b>0,8</b>	<b>2,4</b>
Parents/amis	0,2	0,2	1,6
NSP/Non-déclaré	0,2	0,6	0,8
Effectif des femmes	1063	2289	562 <sup>8</sup>
<b>Pilule</b>			
<b>Secteur public</b>	<b>58,2</b>	<b>54,8</b>	<b>51,8</b>
Hôpital	0,0	0,4	6,1
Maternité	0,1	0,0	0,4
Centre de santé/ Dispensaire	50,8	49,4	41,9
Visite à domicile	6,7	2,7	1,5
Equipe mobile	0,6	2,3	1,9
<b>Secteur médical privé</b>	<b>41,4</b>	<b>44,2</b>	<b>45,8</b>
AMPF	0,2	0,8	1,0
Pharmacie	41,0	43,0	41,0
Clinique/polyclinique	0,1	0,2	0,0
Médecins	0,0	0,2	3,8
<b>Autre secteur privé</b>	<b>0,1</b>	<b>1,1</b>	<b>2,3</b>
Parents/amis	0,1	0,3	1,7
Autre/non-déclaré	0,2	0,8	0,6
Effectif des femmes	804	1799	418
<b>Stérilet</b>			
<b>Secteur public</b>	<b>83,2</b>	<b>88,0</b>	<b>90,2</b>
Hôpital	9,3	8,4	17,1
Maternité	6,5	1,6	1,7
Centre de santé/ Dispensaire	66,4	76,8	71,4
Visite à domicile	0,0	0,4	0,0
Equipe mobile	0,9	0,8	0,0
<b>Secteur médical privé</b>	<b>16,8</b>	<b>11,6</b>	<b>6,9</b>
AMPF	5,6	2,8	0,8
Pharmacie	0,0	0,0	0,0
Clinique/polyclinique	2,8	3,2	1,1
Médecins	8,4	5,6	5,0
<b>Autre secteur privé</b>	<b>0,0</b>	<b>0,4</b>	<b>3,0</b>
Parents/amis/autre non déclaré	0,0	0,0	3,0
Effectif des femmes	107	250	79

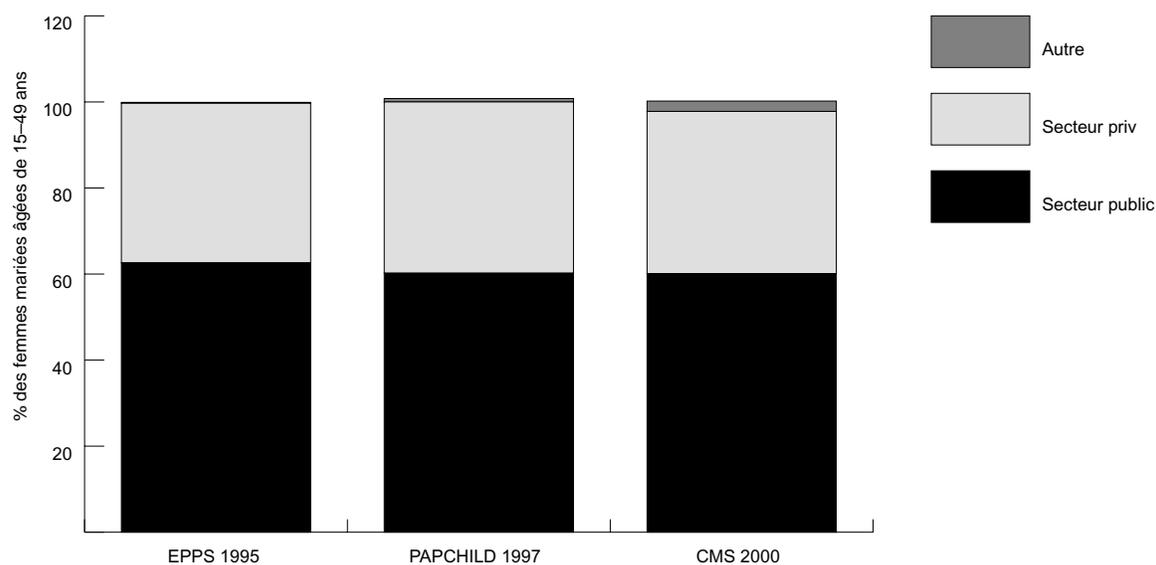
<sup>7</sup> Les rapports finaux des enquêtes, EPPS et PAPCHILD confondent les médecins et les sages-femmes. Cette enquête (CMS 2000) n'a trouvé aucune sage-femme fournissant une méthode de PF.

<sup>8</sup> Six des quarante femmes stérilisées ans l'échantillon CMS n'ont pas précisé la source de la sterilization.

(Tableau 3.3)

Sources	EPPS 1995	PAPCHILD 1997	CMS 2000
<b>Injectable</b>			
<b>Secteur public</b>	--	<b>85,8</b>	<b>95,9</b>
Hôpital	--	2,9	9,6
Maternité	--	2,9	0,0
Centre de santé/ Dispensaire	--	77,1	79,4
Visite à domicile	--	0,0	0,0
Equipe mobile	--	2,9	6,9
<b>Secteur médical privé</b>	--	<b>14,4</b>	<b>4,1</b>
AMPF	--	2,9	0,0
Pharmacie	--	8,6	0,0
Clinique/polyclinique	--	2,9	4,1
Médecins	--	0,0	0,0
<b>Autre secteur privé</b>	--	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
Effectif des femmes	(2)	35	16

Graphique 3.4: Sources d'approvisionnement en contraceptifs modernes, selon différentes sources



## 3.2 Indicateurs de base du Projet CMS

Le Projet CMS suit de près les indicateurs mesurant les progrès en vue d'atteindre les résultats définis spécifiquement. Cette section identifie des indicateurs de départ qui permettront de comparer par la suite les résultats futurs. CMS vise essentiellement à renforcer le rôle du secteur privé au niveau de la fourniture de produits et prestation de services de santé reproductive et infantile sur l'ensemble du territoire. A cette fin, CMS collabore avec le Ministère de la Santé pour orienter ses services vers les groupes relativement défavorisés et pour que les femmes plus aisées s'orientent vers le secteur privé.

CMS a retenu environ 21 indicateurs qui seront utilisés pour suivre les progrès du Projet CMS face à la réalisation de ses objectifs. Le présent rapport traite 16 de ces 21 indicateurs. Ces indicateurs sont regroupés en 5 rubriques : utilisation du secteur privé, notoriété des produits de MS, connaissance des sources pour les produits de MS, perception du rapport qualité-prix des produits de MS, et la proximité des endroits qui vendent les produits de MS.

- **Utilisation du secteur privé** : % des utilisatrices des méthodes modernes qui ont obtenu leur méthode de PF auprès d'une source du secteur privé, par niveau de revenus. (Tableau 3.4)
- **Notoriété des produits de MS** : % de femmes âgées de 15-49 ans qui ont entendu parler des produits soutenus par CMS: pilule (*Kinat Al Hilal*), stérilet (*Lawlab Al Hilal*), injectable (*Hoqnat Al Hilal*) et SRO (Biosel). (Tableau 3.5)
- **Connaissance des lieux d'approvisionnements en produits de MS** : % de femmes âgées de 15-49 qui savent où obtenir les produits CMS: pilule (*Kinat Al Hilal*), stérilet (*Lawlab Al Hilal*), injectable (*Hoqnat Al Hilal*), et SRO (Biosel). (Tableau 3.6)
- **Perception du rapport qualité-prix des produits de MS** : % de femmes âgées de 15-49 ans qui attribuent un bon rapport qualité-prix (ou mauvais rapport qualité-prix) aux produits CMS : pilule (*Kinat Al Hilal*), stérilet (*Lawlab Al Hilal*), injectable (*Hoqnat Al Hilal*) et SRO(Biosel). (Tableau 3.7)
- **Proximité des lieux de vente des produits de MS** : % de femmes âgées de 15-49 ans qui ont entendu parler de la pilule (*Kinat Al Hilal*), du stérilet (*Lawlab Al Hilal*), et de l'injectable (*Hoqnat Al Hilal*) avec accès en l'espace de 30 minutes à au moins une source d'approvisionnement privée ou commerciale. (Tableau 3.8)

Le Tableau 3.4 indique la combinaison de sources pour obtenir des services de PF, selon le statut socio-économique. Presque 75% des femmes pauvres et très pauvres se tournent vers le secteur public pour obtenir leurs services de PF. Par contre, dans la classe des femmes riches, pratiquement 65% des services sont obtenus dans le secteur commercial. Mais dans les classes moyennes et à revenus moyen-supérieurs, moins de 50% des femmes utilisent le secteur commercial pour leurs services de PF. Ces femmes représentent une cible capitale pour le secteur commercial et le programme de MS.

Tableau 3.4: Sources d'approvisionnement en contraceptifs modernes.

Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes par source d'approvisionnement ou d'informations la plus récente, selon leur statut socio-économique (SSE), données CMS 2000.

Source d'approvisionnement	SSE					
	Très pauvre	Pauvre	Moyen	Moyen-supérieur	Riche	Total <sup>9</sup>
<b>Secteur public</b>	<b>72,8</b>	<b>75,6</b>	<b>65,3</b>	<b>53,8</b>	<b>33,9</b>	<b>60,2</b>
Hôpital	9,1	9,7	15,0	12,5	9,5	11,3
Maternité	0,0	1,3	0,3	0,7	0,8	0,6
Centre de santé	33,5	17,6	24,4	15,2	9,3	19,9
Dispensaire	26,8	41,1	21,8	24,7	14,3	25,6
Visite à domicile	3,4	1,2	1,4	0,0	0,0	1,2
Equipe mobile	0,0	4,7	2,4	0,7	0,0	1,6
<b>Secteur médical privé</b>	<b>26,0</b>	<b>22,9</b>	<b>31,1</b>	<b>44,5</b>	<b>64,6</b>	<b>37,8</b>
AMPF	0,0	0,0	0,7	2,7	0,9	0,9
Pharmacie	24,9	22,9	27,9	35,2	48,1	31,8
Clinique/polyclinique	0,0	0,0	0,0	2,9	3,7	1,3
Médecins	1,1	0,0	2,5	3,7	11,9	3,8
<b>Autre secteur privé</b>	<b>1,2</b>	<b>1,5</b>	<b>3,6</b>	<b>1,7</b>	<b>1,6</b>	<b>2,0</b>
Parents/amis	1,2	1,5	2,9	1,0	0,0	1,4
Non déclaré	0,0	0,0	0,7	0,7	1,6	0,6
<b>Effectif des femmes</b>	<b>76</b>	<b>89</b>	<b>128</b>	<b>131</b>	<b>129</b>	<b>553<sup>10</sup></b>

L'utilisation de produits de PF écoulés par le biais du MS — *Kinat Al Hilal* (pilule), *Hoqnat Al Hilal* (injectables), *Lawlab Al Hilal* (stérilet) et Biosel (sels de réhydratation orale) est un autre indicateur important de la réussite du projet CMS. Le projet CMS suit les ventes totales de ces produits par le biais des comptes rendus des distributeurs. La croissance des ventes des produits de MS est souvent lente car la population connaît mal ces produits ou pense à tort qu'ils sont de mauvaise qualité. Aussi, CMS suit les divers indicateurs se rapportant à la connaissance et perception des produits.

Le Tableau 3.5 indique le pourcentage de femmes qui sont au courant des divers produits de MS du projet. La colonne tout à fait à droite montre le pourcentage de toutes les femmes qui connaissent *Al Hilal* et autres produits du MS. Environ un quart de toutes les femmes connaissent Biosel (SRO) et *Kinat Al Hilal* (pilule). La connaissance des autres produits de MS est très faible, de l'ordre de 2% des femmes. Les quatre produits du MS sont mieux connus que les autres produits de PF disponibles dans le commerce.<sup>11</sup>

Pratiquement la moitié des femmes aisées, plus du double du pourcentage des femmes du groupe moyen-supérieur connaissait Biosel. *Kinat Al Hilal* est mieux connu parmi les groupes « moyens » et « moyens supérieurs » par 40% des femmes. Notons que les groupes moyens sont les cibles

<sup>9</sup> Les neuf (9) femmes pour lesquelles le statut socio-économique n'a pas été mesuré sont exclues.

<sup>10</sup> Six des quarante femmes stérilisées à l'échantillon CMS n'ont pas précisé la source de stérilisation

<sup>11</sup> Le « Copper T 380A » et Depo Provera sont en fait les noms sous lesquels *Lawlab Al Hilal* et *Hoqnat Al Hilal* sont vendus internationalement et parfois au Maroc en dehors du programme de marketing social.

du programme de social marketing. Nous constatons que si la connaissance des programmes est faible pour la l'ensemble de la population, elle est cependant plus perçue chez la population ciblée. *Lawlab Al Hilal* et *Hoqnat Al Hilal* sont mieux connus par les groupes de femmes relativement aisées mais la connaissance de ces produits reste faible parmi les autres groupes.

Tableau 3.5: Connaissance spontanée des Produits Al Hilal.

Répartition (en %) des femmes mariées âgées de 15-49 ans qui connaissaient les produit *Al Hilal* par produit, selon leur statut socio-économique, données CMS 2000

Produits	Très pauvre	Pauvre	Moyen	Moyen-supérieur	Riche	Total <sup>12</sup>
<b>Pilule</b>						
<i>Kinat Al Hilal</i>	16,9	24,2	38,5	39,5	29,0	29,7
<i>Adepal</i>	4,6	8,6	17,4	26,5	41,3	19,1
<i>Microdial</i>	1,1	3,6	6,1	11,0	16,7	7,5
<i>Minidril</i>	2,2	1,3	4,1	3,1	9,3	3,8
<i>Microgynon</i>	0,7	0,2	1,4	2,4	4,1	1,7
<b>Stérilet</b>						
<i>Lawlab Al Hilal</i>	0,0	1,3	1,2	4,5	5,4	2,4
<i>Copper T 380A</i>	0,0	0,0	0,9	0,4	0,0	0,3
<b>Injectable</b>						
<i>Hoqnat Al Hilal</i>	0,2	2,0	1,2	1,4	4,7	1,9
<i>Depo Provera</i>	0,9	0,0	0,0	0,8	0,4	0,4
<b>Sels de réhydrations orales</b>						
<i>Biosel</i>	6,0	10,6	20,4	29,8	46,8	22,1
<b>Effectif des femmes<sup>13</sup></b>	<b>163</b>	<b>181</b>	<b>231</b>	<b>242</b>	<b>228</b>	<b>1045</b>

<sup>12</sup> Il s'agit de réponses spontanées en effet, la connaissance a été établie par une question ouverte demandant de citer les marques des produits qu'elles connaissaient.

<sup>13</sup> Les (15) femmes dans les ménages pour lesquels le SSE n'a pas été mesuré sont exclues.

La première partie du tableau 3.6 montre que pratiquement toutes les femmes qui connaissent les produits *Al Hilal* disent qu'elles connaissent une source d'approvisionnement où elles peuvent obtenir ces produits. La deuxième partie du tableau montre la source que les femmes ont mentionnée. 90 pourcent des femmes savent qu'on peut trouver *Kinat al Hilal* en pharmacies.

Tableau 3.6: Connaissance des lieux où se trouvent les produits *Al Hilal*.

Notoriété spontanée des principaux lieux où se trouvent les produits *Al Hilal*, CMS 2000 données pondérées.

Lieux	Biosel <sup>14</sup>	Pilule ( <i>Kinat Al Hilal</i> )	Stérilet ( <i>Lawlab Al Hilal</i> )	Injectable ( <i>Hoqnat Al Hilal</i> )
<b>Pourcentage qui connaissaient les lieux d'approvisionnement</b>	<b>97.9</b>	<b>98.2</b>	<b>86.5</b>	<b>89.2</b>
<b>Source d'approvisionnement</b>				
<b>Secteur public</b>				
Hôpital	-	12,1	(21,7)	(20,2)
Maternité	-	0,2	(0,0)	(0,0)
Centre de santé	-	8,0	(22,5)	(6,6)
Dispensaire	-	7,7	(16,5)	(25,6)
Visite à domicile	-	0,6	(0,0)	(0,0)
Equipe mobile	-	0,0	(0,0)	(0,0)
Autre public	-	1,0	(0,0)	(0,0)
<b>Total public</b>	<b>-</b>	<b>25,9</b>	<b>49,0</b>	<b>46,0</b>
<b>Secteur médical privé</b>				
AMPF	-	1,4	(5,8)	(3,8)
Clinique/polyclinique	-	0,0	(8,9)	(0,0)
Pharmacie	-	88,3	(41,6)	(63,8)
Médecins	-	1,2	(20,4)	(7,7)
Sage Femme	-	0,0	(2,0)	(0,0)
<b>Total médical secteur privé</b>	<b>-</b>	<b>90,0</b>	<b>66,9</b>	<b>75,3</b>
<b>Autre secteur privé</b>				
Parents/amis	-	0,0	(0,0)	(0,0)
Kabla	-	0,0	(0,0)	(0,0)
Autre privé	-	0,0	(0,0)	(0,0)
<b>Base de répondants<sup>15</sup></b>	<b>-</b>	<b>333</b>	<b>36</b>	<b>25</b>

Note: Question multiréponse; total peut être supérieures à 100%  
( ) Basé sur moins de 50 cas

<sup>14</sup> L'enquête n'a pas demandé la source d'approvisionnement pour le produit Biosel.

<sup>15</sup> Les femmes dans les ménages pour lesquels le SSE n'a pas été mesuré sont incluses sur ce tableau mais non pas sur le tableau 3.5.

Un des objectifs clés d'une campagne de MS est de convaincre la population cible que les produits de MS sont d'un bon rapport qualité-prix.<sup>16</sup> Le Tableau 3.7 montre les perceptions du rapport qualité-prix parmi les femmes qui connaissent au moins une source privée auprès de laquelle les produits de MS peuvent être obtenus. On note d'abord que très peu de femmes étaient éligibles à répondre à la question pour les stérilets et les injectables (i.e., les effectifs ne sont que 26 et 25). Et parmi ces femmes les deux tiers n'ont pas répondu (i.e., ont répondu « ne sait pas »), ce qui nous permet de constater une forte méconnaissance de ces produits. De plus notez que la perceptions du rapport qualité-prix de *Lawlab* est meilleure que celle de *Hoqnat Al Hilal* (injectables) qui est plus souvent perçue comme étant mauvaise.

Par contre pour *Kinat Al Hilal* (pilules) et *Biosel* (SRO), beaucoup de femmes étaient éligibles à répondre et peu d'entre elles ont répondu « ne sait pas » leur perception majeur, est que les deux produits ont un bon rapport qualité-prix.

Tableau 3.7: Perception du rapport qualité-prix par la population des femmes connaissant au moins une source privée d'approvisionnement pour les produits de MS.<sup>17</sup>

Perception du rapport qualité-prix des produits *Al Hilal* par la population, données CMS 2000.

Perception du rapport qualité-prix	Bon	Moyen	Mauvaise	NSP	Effectif
<i>Kinat Al Hilal</i> (pilule)	47,3	11,5	10,3	31,0	333
<i>Lawlab Al Hilal</i> (stérilet)	(15,4)	(15,4)	(3,9)	(65,4)	26
<i>Hoqnat Al Hilal</i> (injectable)	(8,1)	(3,7)	(13,9)	(74,3)	25
<i>Biosel</i> (SRO)	69,0	9,9	0,4	20,7	251

Note: ( ) Basé sur moins de 50 cas

<sup>16</sup> Cette comparaison du rapport qualité-prix se fait à deux niveaux: premièrement, la future consommatrice doit être convaincue que la planification familiale et les coûts qu'elle suppose en valent la peine au vu des avantages du produit. Deuxièmement, avant d'acheter les produits du marketing social elles doivent être convaincues que le produit en question a un bon rapport qualité-prix comparé aux autres produits sur le marché (autres marques du secteur public).

<sup>17</sup> On a demandé aux femmes qui connaissaient un produit *Al Hilal* et au moins une source privée d'approvisionnement.

Autre aspect important d'une utilisation accrue: il faut vérifier que les produits sont accessibles à une proportion importante de la population. Le Tableau 3.8 montre la proximité d'accès des produits *Al Hilal* pour les femmes qui connaissent ces produits et qui connaissent une source d'approvisionnement privée. Environ les deux tiers de ces femmes sont à 15 minutes d'une source de la pilule et du stérilet et 80 à 90 % de ces femmes vivent à 30 minutes. Toutefois, il faut noter que ces femmes connaissent déjà les produits. Il est fort probable que des femmes avec une connaissance moindre du produit vivent plus loin de ces sources.

*Tableau 3.8: Proximité d'accès des produits Al Hilal par la population.*

Le temps (en minutes) pour aller à la source la plus proche pour obtenir les pilules, les stérilets, et les injectables, données CMS 2000.<sup>18</sup>

<b>Le temps (en minutes) pour aller à la source</b>	<b>Pilule (<i>Kinat Al Hilal</i>)</b>	<b>Stérilet (<i>Lawlab Al Hilal</i>)</b>	<b>Injectable (<i>Hoqnat Al Hilal</i>)</b>
0-15 minutes	62,4	(57,6)	(60,3)
16-30 minutes	18,5	(27,8)	(35,5)
31-45 minutes	1,7	(0,0)	(0,0)
46-60 minutes	9,2	(4,5)	(0,0)
>60 minutes	5,1	(0,0)	(0,0)
NSP	3,6	(10,1)	(4,2)
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Effectif</b>	<b>308</b>	<b>26</b>	<b>21</b>

Note: ( ) Basé sur moins de 50 cas

<sup>18</sup> On a demandé aux femmes qui connaissaient un produit *Al Hilal* et au moins une source privée d'approvisionnement.

## 4 Potentiel d'utilisation des méthodes de planification familiale de longue durée

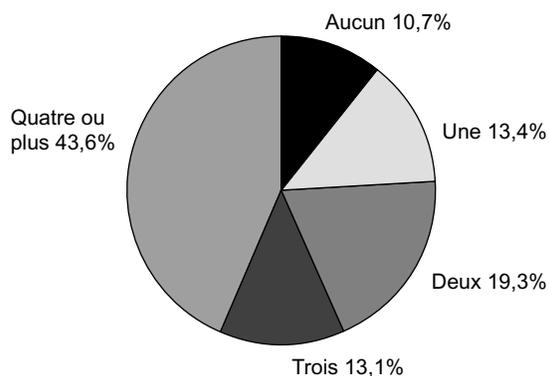
Le Ministère de la Santé cherche à augmenter le choix de l'utilisation des méthodes de contraceptions et parmi ces choix les méthodes de longue durée. Ces méthodes au Maroc sont les injectables, le stérilet, le Norplant et la stérilisation féminine. Actuellement, on accorde la priorité aux injectables et au stérilet qui sont les deux méthodes connaissant l'expansion la plus rapide, tel que nous l'avons vu ci-dessus. Quant à la méthode du Norplant, elle n'est plus en pratique au Maroc depuis 1997. La raison principale pour laquelle on souhaite augmenter l'utilisation des méthodes de longue durée se situe au niveau du caractère pratique et de la facilité d'utilisation pour des femmes qui désirent espacer les naissances. De plus, un grand nombre d'études ont montré que les méthodes de longue durée de PF sont plus efficaces d'un point de vue coût que les méthodes de contraception à court terme.

Tableau 4.1: Utilisation actuelle des méthodes de longue durée.

Répartition (en %) des femmes mariées âgées de 15-49 ans qui utilisent une méthode de longue durée au moment de l'enquête, données CMS 2000.

Méthode	Nombre d'enfants vivants					Total
	Aucun	1	2	3	4 ou plus	
Stérilet	1,0	5,1	4,7	12,6	9,0	7,7
Injectable	0,0	1,3	2,3	1,7	1,6	1,5
Stérilisation Féminine	0,0	0,6	1,3	2,2	6,7	3,5
<b>Effectif</b>	<b>113</b>	<b>149</b>	<b>202</b>	<b>142</b>	<b>454</b>	<b>1060</b>

Graphique 4.1: Nombre d'enfants vivants par famille.



Nombre moyen d'enfants: 3,3%  
Source: CMS 2000

Le tableau 4.1 indique la prévalence contraceptive des méthodes de longue durée en fonction du nombre d'enfants. Les femmes avec trois enfants ou plus sont deux fois plus susceptibles d'utiliser un stérilet que les femmes avec deux enfants. Les femmes avec quatre enfants ou plus sont cinq fois plus susceptibles d'opter pour la stérilisation que les femmes avec deux enfants. Le graphique 4.1 montre la distribution des enfants vivants par femmes mariées. Etant donné que plus de cinquante pourcent des femmes ont trois enfants et plus, celles-ci constituent une des cibles idéales pour l'utilisation des méthodes de longue durée.

Le tableau 4.2 présente les profils des différentes femmes pouvant être ciblées pour l'utilisation des méthodes de longue durée. A gauche se trouvent les femmes qui utilisent déjà des méthodes de PF, selon qu'elles utilisent une méthode à court terme (pilules et condoms), une méthode de longue durée (injectables, stérilets, ou stérilisation) ou des méthodes traditionnelles moins efficaces. Les femmes qui utilisent des méthodes à court terme et les femmes employant les méthodes traditionnelles sont plus dans les zones urbaines. Cela corrobore l'observation précédente selon laquelle l'essentiel de la croissance de l'utilisation du stérilet ces cinq dernières années a eu lieu dans les zones rurales. Comme on peut s'y attendre, les utilisatrices des méthodes à court terme sont plus jeunes que les femmes qui utilisent des méthodes de longue durée. Mais les utilisatrices des méthodes traditionnelles sont plus âgées en moyenne que les utilisatrices des méthodes de longue durée, et étant donnée qu'elles ont déjà plusieurs enfants, ces utilisatrices des méthodes traditionnelles pourraient être une cible primaire pour l'utilisation des méthodes de longue durée. Les utilisatrices des méthodes traditionnelles et les utilisatrices des méthodes à court terme sont plus instruites que les utilisatrices des méthodes de longue durée.

Quant aux femmes qui n'utilisent pas actuellement de méthode de PF, nous avons choisi de les diviser en fonction du fait qu'elles ont l'intention ou non d'utiliser une méthode de PF dans l'avenir. Les femmes qui ont l'intention de pratiquer la PF sont plus jeunes, plus instruites, et ont moins d'enfants. Avec un tel profil ces femmes ne sont pas les meilleures cibles pour les méthodes de longue durée. Ironiquement, parmi les femmes qui ne sont pas utilisatrices actuellement, ce sont celles qui n'ont pas l'intention d'utiliser qui offrent le meilleur profil pour les méthodes de longue durée en effet elles sont plus âgées et près de 40% d'entre elles ont plus de trois enfants.

Tableau 4.2: Caractéristiques des utilisatrices actuelles et non-utilisatrices, par méthode utilisée actuellement, intention d'utiliser parmi non-utilisatrices et utilisation passée de méthodes par non-utilisatrices.

Répartition (en %) des femmes mariées âgées de 15-49 par utilisation de la contraception, selon milieu, âge, revenu, et niveau d'instruction, données CMS 2000.

Caractéristiques	Utilisatrices actuelles			N'utilise pas actuellement <sup>19</sup>	
	Méthode Court Terme	Méthode Longue Durée	Méthodes Traditionnelles	Intention d'utiliser à l'avenir	Pas intention d'utiliser <sup>20</sup>
<b>Milieu de résidence</b>					
Urbain	58,4	49,6	70,9	43,9	41,4
Rural	41,7	50,4	29,1	56,2	58,6
<b>Groupe d'âges</b>					
15-19	1,8	0,5	1,0	11,3	4,6
20-24	11,6	5,4	2,2	18,0	7,2
25-29	20,3	13,2	11,4	28,8	9,0
30-34	21,0	14,0	17,3	17,5	11,0
35-39	18,7	34,9	23,4	17,8	18,6
40-44	15,5	22,5	35,4	6,3	24,7
45-49	11,0	9,4	9,3	0,3	25,0
<b>Revenus</b>					
Très pauvres	22,1	29,6	9,5	31,0	30,1
Pauvres	23,8	17,8	20,2	22,9	34,0
Moyens	22,4	18,1	24,7	16,7	17,5
Moyen-supérieurs	16,3	14,6	14,6	16,8	10,6
Riches	15,4	20,0	30,9	12,6	7,9
<b>Niveau d'instruction</b>					
Aucun	67,0	75,8	56,5	59,4	78,1
Primaire	14,4	15,2	19,5	19,2	15,2
Sec ou plus	18,6	9,0	24,0	21,5	6,8
<b>Nombre d'enfants vivants</b>					
Aucun	4,4	0,9	1,0	24,3	20,3
1	11,8	7,3	9,2	18,5	17,0
2	23,9	12,4	13,5	24,3	12,4
3	15,0	17,3	11,0	9,8	10,6
4 ou plus	45,0	62,2	65,4	23,0	39,7
Ensemble des femmes (n=1057)	39,6	12,6	8,1	19,2	20,3
<b>Effectif</b>	<b>433</b>	<b>135</b>	<b>93</b>	<b>197</b>	<b>199</b>

<sup>19</sup> Toutes les femmes n'utilisant pas de contraceptifs au moment de l'enquête, y compris les femmes enceintes.

<sup>20</sup> Comprend les femmes qui n'ont pas l'intention d'utiliser une méthode contraceptive dans l'avenir ou ne savent pas si elles utiliseront une méthode par la suite.

Le Tableau 4.3 utilise les mêmes catégories que le tableau précédent mais se penche sur les connaissances des méthodes de longue durée. La connaissance des contraceptifs oraux est incluse comme base initiale aux fins de comparaison. Les connaissances du stérilet et de l'injectable sont nettement plus faibles que la connaissance de la pilule. Chose vérifiée même pour les femmes qui utilisent actuellement des méthodes de longue durée.

Les femmes qui ont l'intention d'utiliser la PF connaissent bien toutes les méthodes, y compris les méthodes de longue durée. Les femmes qui n'ont pas l'intention d'utiliser connaissent moins les méthodes de PF. Contre toute attente, les femmes qui n'ont pas l'intention d'utiliser la PF sont plus probables de connaître la marque spécifique d'une méthode.

Tableau 4.3: Connaissance des méthodes et marques de pilules, stérilet, et injectables, données CMS 2000.<sup>21</sup>

Connaissance des méthodes et marques	Utilisatrices actuelles			N'utilise pas actuellement <sup>22</sup>		Toutes les femmes
	Méthode Court Terme	Méthode Longue Durée	Méthodes Traditionnelles	Intention d'utiliser à l'avenir	Pas intention d'utiliser <sup>23</sup>	
<b>Méthode</b>						
Pilule	99,4	92,6	98,7	95,9	84,6	95,4
Stérilet	61,0	77,6	72,2	66,6	45,3	62,8
Injectable	33,3	37,6	44,1	47,0	28,4	37,3
<b>Connaissait au moins une marque</b>						
Pilule	52,1	60,4	70,2	52,3	65,4	57,0
Stérilet	8,1	2,5	1,0	9,3	15,1	7,4
Injectable	8,2	8,7	3,5	10,5	22,6	10,4
<b>Effectif</b>	<b>433</b>	<b>135</b>	<b>93</b>	<b>197</b>	<b>199</b>	<b>1060</b>

<sup>21</sup> La connaissance des méthodes de PF est mesurée à partir de questions d'enquête non aidées sur des méthodes et marques connues par les consommatrices qui ont déjà entendu parler de la méthode de PF.

<sup>22</sup> Toutes les femmes n'utilisant pas de méthodes contraceptives au moment de l'enquête, y compris les femmes enceintes.

<sup>23</sup> Comprend les femmes qui n'ont pas l'intention d'utiliser une méthode contraceptive dans l'avenir ou ne savent pas si elles utiliseront une méthode par la suite.

Le Tableau 4.4 utilise les mêmes catégories des deux tableaux précédents et se penchent sur les perceptions entourant les injectables. Beaucoup de femmes n'ont aucun avis à donner sur la méthode. La dernière colonne montre le pourcentage des femmes (totales) qui sont sans opinions. Selon la question, cela varie de 50 à 70 pour cent. La moitié supérieure du tableau indique les attitudes relatives aux effets secondaires et aux problèmes de santé. La moitié inférieure traite des attitudes sur la disponibilité et le côté pratique de la méthode.

Les effets secondaires des injectables sont la forte préoccupation de tous les groupes de femmes. Mais les femmes qui utilisent les méthodes modernes sont moins préoccupées par les effets secondaires que les non utilisatrices et les utilisatrices des méthodes traditionnelles et de courte durée.

Par contre, l'accessibilité et le côté pratique des injectables soulèvent moins de préoccupations. En effet, 98 % des utilisatrices de méthodes traditionnelles (qui ont une opinion) pensent que les injectables sont faciles à obtenir. La grande majorité des femmes, toutes catégories confondues, sont d'accord pour dire que les injectables ne sont pas chers et qu'ils sont efficaces.

*Tableau 4.4: Attitude à l'égard de l'injectable, données CMS 2000.*

Répartition (en %) des femmes mariées âgées de 15-49 qui sont pleinement d'accord avec les observations suivantes parmi les femmes qui ont une opinion (qui n'ont pas répondu NSP), données CMS 2000.

Attitude	Utilisatrices actuelles			N'utilise pas actuellement		Sans opinions
	Méthodes Courts Termes	Méthodes Longues Durées	Méthodes trad.	Intention d'utiliser à l'avenir	Pas intention d'utiliser	
Ont de mauvais effets sur la santé.	78,8	70,4	86,3	82,6	83,1	52,4
Engendrent la stérilité.	55,0	48,8	67,2	61,9	63,8	67,5
Font grossir les femmes.	58,6	51,4	76,0	63,0	72,8	68,7
Sont difficile d'utiliser en raison de petits saignements.	63,9	48,7	74,0	70,7	65,5	68,5
Sont mauvais parce qu'ils perturbent la menstruation.	79,0	79,0	85,4	81,9	83,3	58,2
Sont faciles à obtenir.	83,3	87,8	97,9	83,6	79,3	49,9
Offrent une protection pour des mois.	76,0	84,5	83,4	76,7	93,6	53,8
Ne sont pas chers à utiliser.	79,7	84,1	83,1	86,9	76,7	67,7
Sont pratiques parce que l'injection ne se fait que tous les 3 mois.	75,0	70,5	76,3	72,1	81,5	55,1
Effectif	433	135	93	197	199	1060

Le Tableau 4.5 présente les attitudes des femmes vis-à-vis du stérilet. Vu que le stérilet est mieux connu que l'injectable, les personnes sont plus susceptibles de donner leurs opinions. Le pourcentage de femmes qui a répondu « ne sait pas » (NSP) a diminué considérablement (voir la dernière colonne).

Tableau 4.5: Attitude à l'égard du stérilet.

Répartition (en %) des femmes mariées âgées de 15-49 qui sont pleinement d'accord avec les observations suivantes parmi les femmes qui ont une opinion (qui n'ont pas répondu NSP), données CMS 2000.

Attitude	Utilisatrices actuelles			N'utilise pas actuellement		Sans opinions
	Méthodes Courts Termes	Méthode Longue Durée	Méthodes Traditionnelles	Intention d'utiliser à l'avenir	Pas intention d'utiliser	
Le stérilet à de mauvais effets sur la santé.	72,0	47,1	70,9	62,8	56,9	39,9
Le stérilet remonte tout seul dans la matrice.	67,3	35,0	68,2	67,2	60,8	51,4
Il est difficile de tomber enceinte après avoir utilisé le stérilet.	35,7	26,2	26,7	19,6	37,3	50,7
Le stérilet est facile à placer.	77,7	87,8	92,3	80,7	82,5	37,3
Le stérilet n'est pas cher à utiliser.	86,1	93,2	93,2	86,4	75,4	44,3
Le stérilet est facile à obtenir.	86,9	96,7	95,4	88,5	81,0	36,4
Le stérilet offre une longue protection contre la grossesse.	81,9	86,9	77,8	81,9	70,5	39,6
Le stérilet peut provoquer des inconforts au moment des rapports sexuels.	66,8	34,3	63,0	64,5	46,7	54,5
<b>Effectif</b>	<b>433</b>	<b>135</b>	<b>93</b>	<b>197</b>	<b>199</b>	<b>1060</b>

Un grand nombre de femmes estiment que le stérilet peut causer des problèmes de santé. Tel est l'avis notamment des utilisatrices des méthodes à court terme ainsi que des utilisatrices de méthodes traditionnelles. Un quart de femmes avec des opinions pensent que le stérilet provoque la stérilité. Mais ce taux est plus faible chez celles qui ont l'intention d'utiliser la PF

Du point de vue facilité d'utilisation et accessibilité, les utilisatrices actuelles des méthodes de longue durée et les utilisatrices des méthodes traditionnelles sont plus favorables que le reste de la population. Les utilisatrices actuelles des méthodes à court terme pensent qu'il est moins pratique et moins accessible que les utilisatrices des méthodes de longues durées. En générale les femmes qui utilisent déjà les méthodes de longues durées sont plus favorables aux méthodes. Si ces femmes pouvaient communiquer aux autres femmes les bénéfices de leurs expériences et dissiper les rumeurs, les ventes des stérilets pourraient augmenter. Une recherche plus approfondie est nécessaire pour déterminer si ces perceptions se fondent sur l'expérience ou les rumeurs.

Le Tableau 4.6 présente les taux d'abandon des méthodes. Les pourcentages dans le tableau représentent les nombres des femmes qui ont utilisé une méthode dans le passé mais qui étaient en arrêt d'utilisation au moment de l'enquête. Il est évident que des femmes arrêtent l'utilisation soit pour procréer soit pour changer de méthode. Et habituellement le taux d'abandon est plus grand pour les méthodes de courte durée, or on voit ici le contraire: Soixante-dix pourcent des femmes qui ont utilisé l'injectable ont abandonné la méthode contre moins de 50% des utilisatrices de pilules. Bien que le taux d'abandon pour le stérilet soit moindre que celui pour l'injectable, il est toujours plus élevé que le taux d'abandon pour les pilules. Pourtant étant donné que le stérilet est une méthode de longue durée assez difficile d'abandon, le taux devrait être plus bas que celui de la pilule.

*Tableau 4.6: Taux d'abandon des méthodes, par méthode.*

Répartition (en %) des femmes qui ont arrêté la méthode par méthode au moins une fois utilisée, données CMS 2000.

<b>Méthode</b>	<b>Taux d'abandon</b>	<b>Effectif</b>
Pilule	47,6	799
Stérilet	56,9	175
Injectable	70,2	48

Le Tableau 4.7 présente les raisons faisant que les femmes arrêtent d'utiliser les diverses méthodes de PF. Plus de la moitié des anciennes utilisatrices de la pilule ont arrêté d'utiliser cette méthode à cause des effets secondaires. Environ 20% des utilisatrices de la pilule ont cessé de la prendre pour tomber enceintes et 10% ont arrêté parce qu'elles allaient. Pratiquement toutes les anciennes utilisatrices des injectables et du stérilet ont arrêté pour des raisons liées à la méthode elle-même (c'est-à-dire les effets secondaires, maladies gynécologiques, hémorragie, etc.).

*Tableau 4.7: Raisons de discontinuation pour la pilule, le stérilet et l'injectable.*

Répartition (en %) des femmes qui ont discontinué la pilule, le stérilet et l'injectable dans les cinq dernières années par la raison de discontinuation, données CMS 2000.

Raison de discontinuation	Pilule	Stérilet	Injectable
Effets secondaires	55,3	59,1	(100,0)
Oubli de la prendre	0,7	0,0	(0,0)
Envie de tomber enceinte	21,4	8,5	(0,0)
Hémorragie	0,0	5,6	(0,0)
La durée de la validité a été dépassée	0,0	5,7	(0,0)
Elle la dérange	0,0	8,1	(0,0)
Maladie gynécologique	1,8	7,9	(0,0)
Pas de rapports sexuels/rapports peu fréquents	3,5	1,0	(0,0)
Allaitement	8,6	0,0	(0,0)
Stérilité	3,8	0,0	(0,0)
Changement de méthode	5,9	0,0	(0,0)
L'âge de ménopause	5,3	0,0	(0,0)
Refus de mari	2,5	0,0	(0,0)
Pour mon repos psychologique	0,0	1,4	(0,0)
Rumeur	0,0	1,5	(0,0)
Autre	3,0	1,4	(0,0)
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Effectif</b>	<b>155</b>	<b>60</b>	<b>18</b>

Le Tableau 4.8 montre la méthode de contraception préférée aux fins d'utilisation future chez les femmes qui sont actuellement des non-utilisatrices mais qui ont l'intention de pratiquer la PF à l'avenir. Presque les trois-quarts de toutes les femmes qui ont l'intention d'utiliser la PF préfèrent la pilule. Environ 10% optent pour l'injectable et 2% sont en faveur du stérilet.

*Tableau 4.8: Méthode contraceptive préférée pour une utilisation future.*

Répartition (en %) des femmes mariées n'utilisant pas actuellement une méthode contraceptive mais ayant l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, données CMS 2000.

<b>Méthode contraceptive préférée</b>	<b>Pourcentage</b>
Pilule	68,0
Stérilet	2,1
Injectable	10,7
Implant/Norplant	0,7
Diaphragme/mousse/gelée	0,0
Condom	0,4
Stérilisation Féminine	4,4
Stérilisation Masculine	1,5
Rythme/Continence Périodique	2,1
Retrait	0,7
Autre	1,5
NSP	8,1
<b>Total</b>	<b>100</b>
<b>Effectif des femmes</b>	<b>197</b>



## 5 Le secteur privé

La plupart des efforts de CMS concernent le MS des produits de planification familiale. Cet effort est fait dans le cadre de la pérennisation des services de SR. Et plus spécifiquement, un plus grand rôle pour le secteur privé. Au fur et à mesure que le secteur privé peut prendre en charge des clients, le secteur public aura les ressources libres pour cibler les segments dépourvus de la population. Ce chapitre donne quelques informations qui peuvent guider des efforts destinés à un plus large rôle pour le secteur privé.

Tableau 5.1 montre des profils de clientes de PF triés par le secteur où les clientes ont reçu leurs services. Les effectifs des clientes aux hôpitaux, « autre secteur public », et « clinique, polyclinique, AMPF » sont petits. Donc seules les grandes différences seront interprétées. Ainsi, les importants effectifs dans les colonnes « centre de santé » et « pharmacies », donnent des différences absolument significatives.

Les deux tiers des clientes des pharmacies habitent en milieu urbain. Quant aux services obtenus avec des professionnels, plus de 85% des ces services sont en milieu urbain. Les clientes des pharmacies sont plus jeunes que celles des autres prestataires. Aussi voit-on qu'un assez grand pourcentage des clientes des hôpitaux sont âgées de 35 à 39 ans.

Comme attendu, la plupart des clientes du secteur public sont assez pauvres, et la plupart de celles du secteur privé sont assez riches ou des classes moyennes. Mais on voit que plus de 50% des clientes du secteur public (de toutes les formations sanitaires) sont de classe moyenne ou plus. Etant donné que les produits de MS sont de prix abordables (et près de la moitié des clientes sont du milieu urbain) un grand nombre de clientes du secteur public pourrait s'approvisionner des pharmacies.

*Tableau 5.1: Caractéristiques des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes par source d'approvisionnement.*

Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes par source d'approvisionnement, données CMS 2000.<sup>24</sup>

Caractéristiques des utilisatrices	Secteur médical public			Secteur privé		Total
	Hôpital	Centre de Sante/ Dispensaire/ Maternité	Autre secteur public <sup>25</sup>	Pharmacie	Clinique/ Polyclinique/ AMPF	
<b>Milieu de résidence</b>						
Urbain	49,7	49,3	5,0	65,5	81,8	55,8
Rural	50,3	50,7	95,0	34,5	18,2	44,2
<b>Groupe d'âges</b>						
15-19	0,0	1,4	0,0	2,2	0,0	1,5
20-24	3,9	7,3	11,3	16,8	10,9	10,2
25-29	16,2	20,8	0,0	21,0	7,5	18,8
30-34	11,0	22,3	28,0	17,8	19,5	19,3
35-39	38,1	21,9	26,0	17,3	13,5	22,4
40-44	21,4	17,7	19,9	13,0	22,8	17,0
45-49	9,4	8,7	14,9	11,9	25,7	10,8
<b>Revenus<sup>26</sup></b>						
Très pauvres	14,4	23,4	22,1	13,9	3,3	17,8
Pauvres	6,8	25,7	42,3	14,2	0,0	19,7
Moyens	29,6	22,2	30,6	19,6	12,0	22,3
Moyen supérieurs	23,0	18,4	5,0	23,1	32,1	20,9
Riches	16,2	10,3	0,0	29,3	52,5	19,3
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	71,5	77,0	95,0	56,8	48,5	69,0
Primaire	17,0	14,5	5,0	14,0	22,1	14,7
Secondaire ou plus	11,5	8,5	0,0	29,2	29,4	16,3
<b>Effectif</b>	<b>64</b>	<b>251</b>	<b>11</b>	<b>182</b>	<b>38</b>	<b>562<sup>27</sup></b>

<sup>24</sup> Six des 40 femmes stérilisées dans l'échantillon n'ont pas répondu à la question de la source de stérilisation

<sup>25</sup> Sont inclus: équipe mobile et visite à domicile.

<sup>26</sup> Les femmes dans les ménages pour lesquels le SSE n'a pas été mesuré sont exclues.

<sup>27</sup> Les utilisatrices actuelles qui ne connaissent pas la source d'obtention de la méthode sont incluent dans la colonne total.

La nature de services nécessités par les méthodes diffère. Le stérilet requière l'intervention d'un professionnel formé d'une manière très rigoureuse. Avec une petite formation, un professionnel peut donner les services associés à l'injectable. Quant à la pilule, bien que les consultations soient très recommandées, elle peut être obtenu d'un pharmacien sans formation. Donc les distributions à travers les secteurs pour ces méthodes peuvent être différentes.

Tableau 5.2 montre les profils des clientes triés par la source d'approvisionnement et par la méthode. La première partie du tableau montre les profils pour les utilisatrices de la pilule. Comme la plupart des clientes de PF au Maroc sont les utilisatrice de pilules, les profils des clientes sont approximativement les mêmes que les profils de toutes les clientes de PF.

La deuxième partie du tableau montre les profils des femmes utilisant le stérilet. On voit que seulement 5 femmes dans l'enquête ont obtenu leurs services du secteur privé. Ce nombre étant si bas qu'il est évidemment impossible de donner des interprétations généralisées. Mais, il est bien notable que les 5 femmes ayant utilisé le secteur privé sont de la classe riche. Aussi, on note que plus de 50% des clientes du secteur public sont de la classe moyenne ou plus.

*Tableau 5.2: Caractéristiques des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes par source d'approvisionnement et méthode.*

Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes par source d'approvisionnement, donnés CMS 2000.<sup>28</sup>

Caractéristiques des utilisatrices	Secteur public			Secteur privé		Total
	Hôpital	Centre de Sante/ Dispensaire/ Maternité	Autre secteur public <sup>29</sup>	Pharmacie	Clinique/ Polyclinique/ AMPF	
<b>PILULE</b>						
<b>Milieu de résidence</b>						
Urbain	56,5	50,7	5,4	64,1	92,3	57,4
Rural	43,5	49,3	94,6	35,9	7,7	42,6
<b>Groupe d'âges</b>						
15-19	0,0	1,6	0,0	2,3	0,0	1,9
20-24	10,0	6,3	12,2	17,5	17,7	12,0
25-29	33,3	21,6	0,0	21,9	10,1	21,0
30-34	15,8	23,2	30,2	17,6	14,1	20,6
35-39	28,6	17,4	28,1	17,6	19,9	18,7
40-44	9,3	19,2	21,5	12,9	10,1	15,5
45-49	2,9	10,8	8,0	10,2	28,1	10,5
<b>Revenus</b>						
Très pauvres	6,2	24,3	23,9	14,5	0,0	13,6
Pauvres	16,6	23,7	37,6	14,8	0,0	15,8
Moyens	47,2	24,9	33,1	20,4	19,7	25,1
Moyen supérieurs	26,8	18,6	5,4	23,6	26,8	23,8
Riches	3,3	8,6	0,0	26,7	53,5	21,7
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	64,9	76,4	94,6	57,2	52,0	63,4
Primaire	21,2	15,0	5,4	13,6	15,7	15,3
Secondaire ou plus	13,9	8,7	0,0	29,3	32,3	21,3
<b>Effectif</b>	<b>25</b>	<b>175</b>	<b>10</b>	<b>173</b>	<b>19</b>	<b>4182</b>

<sup>28</sup> Etant donné le nombre réduit des utilisatrices actuelles des injectables (16), celles-ci ne sont pas incluses dans ce tableau. 96% des femmes obtenant les injectables du secteur public, l'obtiennent essentiellement des centres de santé et des dispensaires (79,5%).

<sup>29</sup> Les utilisatrices actuelles qui ne connaissent pas la source d'obtention de la méthode sont incluent dans la colonne total.

(Tableau 5.2)

Caractéristiques des utilisatrices	Secteur public			Secteur privé		Total
	Hôpital	Centre de Sante/ Dispensaire/ Maternité	Autre secteur public <sup>30</sup>	Pharmacie	Clinique/ Polyclinique/ AMPF	
<b>STERILET</b>						
<b>Milieu de résidence</b>						
Urbain	34,6	40,8	--	--	63,3	43,4
Rural	65,5	59,2	--	--	36,7	56,6
<b>Groupe d'âges</b>						
15-19	0,0	1,2	--	--	0,0	0,9
20-24	0,0	11,1	--	--	0,0	8,1
25-29	8,4	20,8	--	--	17,7	17,7
30-34	0,0	18,0	--	--	32,5	15,2
35-39	60,9	30,3	--	--	13,0	36,4
40-44	23,8	15,8	--	--	36,7	18,6
45-49	6,9	2,8	--	--	0,0	3,2
<b>Revenus</b>						
Très pauvres	29,9	17,4	--	--	0,0	14,1
Pauvres	18,0	32,7	--	--	0,0	20,5
Moyens	21,7	17,3	--	--	0,0	19,2
Moyen supérieurs	15,3	17,0	--	--	0,0	21,8
Riches	15,0	15,7	--	--	100,0	24,4
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	72,8	83,9	--	--	54,4	70,9
Primaire	5,8	9,9	--	--	0,0	12,7
Secondaire ou plus	21,5	6,2	--	--	45,6	16,5
<b>Effectif</b>	<b>13</b>	<b>57</b>	<b>--</b>	<b>--</b>	<b>5</b>	<b>792</b>

Le tableau 5.3 montre les raisons pour lesquelles des femmes ont choisi leurs sources d'approvisionnement. Les colonnes pour l'analyse sont les mêmes que les deux tableaux précédents. L'enquête a porté sur toutes les raisons qui ont amené une femme à choisir sa source. Donc la somme des pourcentages dans les colonnes surpasse 100 pourcent.

<sup>30</sup> Les utilisatrices actuelles qui ne connaissent pas la source d'obtention de la méthode sont inclues dans la colonne total.

Comme indiqué ci dessus, les centres de santé (secteur public) et les pharmacies (secteur privé) sont les sources les plus fréquentées. Pour chacune des ces sources, la distance est la raison la plus invoquée pour justifier le choix de la source ; vient ensuite la disponibilité des produits. Et enfin l'accueil.

Par contre pour les sources plus médicalisées, tels que les hôpitaux (public) et les cliniques (privé), la distance est beaucoup moins importante. Dans les hôpitaux, la disponibilité des produits et l'accueil restent importants, mais le temps d'attente, la propreté et le personnel sont les facteurs importants du choix. Dans les cliniques, le profil diffère et l'accueil est de loin le plus important facteur du choix.

Il est très difficile de tirer des conclusions d'une enquête comme celle-ci, mais pour attirer de nouvelles clientes, le secteur médical privé pourrait rechercher les moyens pour créer un climat accueillant, amical et agréable. Bien sûr ces moyens doivent tenir compte essentiellement des besoins des femmes mais doivent également aller au delà des soins eux mêmes; ils peuvent porter sur des choses aussi simples que le sourire accueillant d'une réceptionniste.

Tableau 5.3: Raisons expliquant le choix d'une source de services PFI par source d'approvisionnement.

Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes par raisons pour le choix d'un prestataire ou en endroit, selon source d'approvisionnement, données CMS 2000 données.<sup>31</sup>

Raisons	Secteur public			Secteur privé		Total
	Hôpital	Centre de Sante/ Dispen-saire/ Maternité	Autre secteur public <sup>32</sup>	Pharmacie	Clinique/ Polyclinique/ AMPF	
Distance	22,9	56,0	0,0	59,3	28,0	51,0
Horaire d'ouverture	6,5	1,7	0,0	3,0	3,8	2,5
Temps d'attente acceptable	28,6	2,4	5,0	2,5	7,1	4,9
Accueil	34,6	32,4	18,7	36,4	66,2	34,4
Présence d'un personnel formé	27,7	11,0	27,4	10,8	10,8	12,8
Disponibilité des produits	41,4	51,2	42,8	46,8	10,6	46,6
Intimité/confidentialité	9,2	4,4	5,0	7,1	10,2	6,1
Propreté	25,4	12,0	0,0	14,1	34,9	14,7
Accès a l'information	5,1	5,4	7,4	7,5	8,7	6,8
Autre	0,0	10,3	14,7	2,2	12,8	7,0
NSP	7,2	5,0	18,7	3,5	5,6	5,4
<b>Effectif des femmes</b>	<b>40</b>	<b>249</b>	<b>11</b>	<b>182</b>	<b>25</b>	<b>5282</b>

Le programme de MS au Maroc au même titre que le mouvement plus général visant à augmenter la part du secteur privé dans la PF cherche à cibler les segments de la population qui sont le plus en mesure de payer pour les services de PF. *Kinat Al Hilal* (représentant les pilules Microgynon et Minidril), *Hoqnat Al Hilal* (représentant l'injectables Depo-Provera) et *Lawlab Al Hilal*

<sup>31</sup> Question multiréponse — total peut être supérieure a 100%

<sup>32</sup> Les utilisatrices actuelles qui ne connaissent pas la source d'obtention de la méthode sont incluent dans la colonne total.

(représentant le stérilet CuT 380 DIU) sont des produits de haute qualité et à prix modéré ciblant les femmes à revenus intermédiaires.

Comme nous l'avons vu auparavant, les femmes plus riches sont plus susceptibles de recourir au secteur privé. La seconde partie du Tableau 5.4 montre les pourcentages des utilisatrices de la pilule du secteur commercial qui emploient *Kinat Al Hilal* et d'autres marques de pilules commercialisés. Ces résultats sont présentés en fonction du SSE de la femme. Actuellement, la marque *Kinat Al Hilal* représente deux variétés de pilules : microgynon et minidril. Donc dans le tableau 5.4 le sous-total titré «sous-total MS» est le total des pilules vendues dans le cadre du MS.<sup>33</sup>

Plus d'un tiers des femmes dans les trois groupes SSE inférieurs utilisent les produits *Kinat Al Hilal*. C'est de loin la marque la plus appréciée par ces femmes. Les femmes aisées préfèrent quant à elles la marque Adepal.

Tableau 5.4: Utilisation actuelle des contraceptifs oraux (pilules).

Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes qui ont acheté une méthode dans le secteur privé, par source d'approvisionnement ou d'informations la plus récente et dans le cas du secteur privé la marque de pilule, selon leur statut socio-économique (SSE), données CMS 2000.

Source d'approvisionnement	SSE					Total <sup>34,35</sup>
	Très pauvre	Pauvre	Moyen	Moyen-supérieur	Riche	
Secteur public	72,8	75,6	65,3	53,8	33,9	60,2
Secteur médical privé	26,0	22,9	31,1	44,5	64,6	37,8
Autre	1,2	1,5	3,6	1,7	1,6	2,0
Effectif des femmes	76	89	128	131	129	553
<b>Marque de pilules</b>						
<i>Kinat Al Hilal</i>	35,7	35,2	35,9	17,9	11,3	24,5
Minidril	5,7	0,0	6,0	6,1	6,5	5,3
Microgynon	16,0	0,0	9,4	7,1	3,5	6,8
<b>Sous-total MS</b>	<b>57,4</b>	<b>35,2</b>	<b>51,3</b>	<b>31,1</b>	<b>21,3</b>	<b>36,6</b>
Adepal	12,9	17,1	9,0	24,0	30,3	20,3
Microdiol	0,0	3,9	0,0	10,6	12,5	6,6
Stederil	11,3	2,3	4,0	9,1	8,1	7,1
Microval	5,2	10,6	7,2	0,0	5,1	5,1
Milligynon	0,0	0,0	0,0	7,8	4,8	3,3
Toutes les autres	5,4	9,7	3,8	15,3	15,0	10,6
NSP	7,8	21,2	24,7	2,1	2,9	10,4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Effectif des femmes</b>	<b>17</b>	<b>22</b>	<b>42</b>	<b>54</b>	<b>66</b>	<b>201</b>

<sup>33</sup> Une fois que l'emballage des pilules est enlevé, les pilules de *Kinat Al Hilal* ne peuvent pas être différenciées de Minidril ou Microgynon.

<sup>34</sup> Six de quarante femmes stérilisées dans l'échantillon CMS n'ont pas précisé la source de stérilisation.

<sup>35</sup> Les neuf (9) femmes pour lesquelles le statut socio-économique n'a pas été mesuré sont exclues.

Il serait utile de connaître les caractéristiques que les clientes de la PF recherchent chez un prestataire pour aider à orienter les utilisatrices de la PF vers le secteur privé. Le Tableau 5.5 indique les qualités d'un prestataire que recherchent les clientes de la PF, selon le SSE. Dans les groupes SSE inférieurs, la disponibilité du produit et la proximité du prestataire sont les facteurs les plus importants. Pour les femmes plus riches, la proximité est le facteur le plus important mais d'autres facteurs tel que l'accueil aimable du personnel et la propreté des locaux entre également en ligne de compte. En général, les femmes de classes SSE inférieures se soucient davantage d'aspects pratiques comme la distance, l'information et la disponibilité du produit alors que les femmes du groupe le plus aisé ajoutent des éléments tels que l'amabilité et la propreté à la liste des choses qu'elles recherchent.

Tableau 5.5: Raisons expliquant le choix d'une source de services PF

Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes par raisons pour le choix d'un prestataire ou un endroit, selon leur statut socio-économique (SSE), données CMS 2000.<sup>36</sup>

Raisons	SSE					Total <sup>37</sup>
	Très pauvre	Pauvre	Moyen	Moyen-supérieur	Riche	
Distance	41,5	48,2	56,2	55,9	52,1	51,1
Horaire d'ouverture	3,0	4,6	1,5	1,4	1,7	2,4
Temps d'attente acceptable	0,0	2,6	8,3	7,0	4,3	4,6
Accueil	25,4	24,8	35,2	37,6	48,7	34,5
Présence d'un personnel formé	8,5	13,7	15,9	6,9	17,9	12,7
Disponibilité des produits	45,0	62,0	47,1	41,4	36,3	46,5
Intimité/confidentialité	2,4	2,2	11,5	7,2	6,4	6,2
Propreté	11,8	1,8	11,6	14,0	20,6	14,6
Accès à l'information	13,5	1,0	4,8	6,3	7,9	6,5
Médicament en crédit	0,0	0,8	0,0	1,5	1,7	0,8
Gratuit	4,2	3,2	1,6	2,9	0,0	2,4
Seul qui est disponible	9,0	2,1	0,5	1,0	0,0	2,4
L'infirmière vient chez vous	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Autre	0,0	0,7	0,0	1,6	3,6	1,1
NSP	7,3	8,7	5,7	4,0	1,6	5,5
<b>Effectif des femmes</b>	<b>73</b>	<b>86</b>	<b>122</b>	<b>120</b>	<b>119</b>	<b>520</b>

Les femmes dépendent de bien des personnes et indices pour prendre une décision en matière de PF. Le Tableau 5.6 montre comment les personnes appartenant aux divers groupes socio-économiques prennent les décisions quant à la méthode de PF qu'elles veulent utiliser. Dans tous les groupes de SSE, la majorité des femmes prennent elles-mêmes les décisions en matière de PF, sans l'aide d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un prestataire de santé. Si presque les trois quarts des femmes dans les quintiles les plus pauvres prennent des décisions sans demander l'avis de quelqu'un d'autre, cette tendance semble moins accentuée dans la quintile composé des femmes les plus riches où 51% seulement des femmes prennent des décisions par elles-mêmes.

<sup>36</sup> Question multiréponse — total peut être supérieure à 100%

<sup>37</sup> Les femmes dans les ménages pour lesquels le SSE n'a pas été mesuré et les femmes qui sont stérilisées sont exclues.

Parmi les femmes indiquant qu'elles avaient reçu une assistance d'autres personnes pour faire des choix en matière de PF, la majorité des femmes très pauvres, pauvres et des classes moyennes ont consulté des membres de la famille et des amies. Les femmes riches consultent davantage un médecin : 48 % ont indiqué qu'elles avaient consulté un médecin à propos de la PF. Par contre, 6% seulement des femmes très pauvres et environ 20% des femmes des classes pauvres et moyennes ont reçu des conseils d'un médecin.

Tableau 5.6: Personnes aidant à prendre des décisions sur les méthodes de PF, données CMS 2000.

Personnes aidant	Très pauvre	Pauvre	Moyen	Moyen-supérieur	Riche	Total <sup>38</sup>
<b>Comment a-été prise la décision d'utiliser la méthode ?</b>						
Toute seule	72,9	67,8	63,0	66,2	51,7	64,3
Autres personnes	21,1	31,1	28,8	29,9	36,5	29,5
Les deux	5,9	1,1	7,5	3,9	11,8	6,0
NSP	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,2
<b>Effectif</b>	<b>73</b>	<b>86</b>	<b>122</b>	<b>119</b>	<b>119</b>	<b>519</b>
<b>Personne aidant à faire un choix (parmi celles qui n'ont pas décidé toute seule)</b>						
Mari	36,3	25,1	16,6	24,8	28,1	25,3
Amie	17,0	13,7	1,9	13,5	1,9	8,3
Autre personne dans la famille	19,4	11,1	36,5	10,0	10,2	17,8
Médecin	6,4	20,0	17,1	32,9	48,4	27,1
Pharmacien	1,9	8,4	0,0	4,5	3,9	3,6
Infirmière	19,0	21,8	25,0	14,4	2,9	16,0
Sage Femme	0,0	0,0	0,0	0,0	4,7	1,2
Equipe mobile	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	0,7
<b>Effectif</b>	<b>23</b>	<b>30</b>	<b>48</b>	<b>41</b>	<b>58</b>	<b>200</b>

Tableau 5.7 montre les personnes qui aident des femmes à prendre des décisions concernant les pilules dans le secteur privé. Il y a trois colonnes dans le tableau qui correspondent aux différents aspects du programme. La première colonne est pour la marque de MS, la deuxième est pour les pilules progestatives pour les femmes qui allaitent, et la troisième pour les autres marques.

Les femmes utilisant les pilules progestatives (recommandés pour les femmes allaitantes) prennent leurs décisions avec une assistance plus souvent que les autres catégories du tableau 5.7. On note que seules 14 femmes des 1060 femmes interrogées (moins de 2%) utilisent les pilules destinées aux femmes allaitantes. Ceci est en déphasage avec les 17% des femmes qui ont des enfants allaitantes.<sup>39</sup> D'où la possibilité d'un marché potentiel pour les pilules progestatives.

<sup>38</sup> Femmes dans les ménages pour lesquels le SSE n'a pas été mesuré et les femmes qui sont stérilisées sont exclues. En plus, une femme qui a répondu « ne sais pas » est exclue.

<sup>39</sup> Ce chiffre est basé sur un calcul utilisant les résultats de page 85 de l'EPPS.

Quatre-vingt pourcent des femmes utilisant la marque de MS prennent leurs décisions toutes seules. Presque la moitié des utilisatrices des pilules pour femme qui allaitent, recevant une assistance dans leur choix ont consulté un pharmacien. Presque vingt pourcent des femmes utilisant la marque de MS ont consulté un pharmacien. Dans la troisième partie du tableau on voit une continuation du model. Un tiers à la moitié des femmes utilisant la marque de MS ont cité comme source d'informations, les pharmacies.

Tableau 5.7: Personnes aidant à prendre des décisions sur la pilule, selon la marque de pilule, données CMS 2000.

Personnes aidant	Kinat Al Hilal	Pilules pour les femmes allaitantes (microval, millygynon)	Autres marques	Total
<b>Comment a-été prise la décision d'utiliser la méthode ?</b>				
Toute seule	79,2	59,7	65,6	67,5
Autres personnes	18,2	40,3	29,0	27,9
Les deux	2,6	0,0	5,3	4,7
<b>Effectif</b>	<b>62</b>	<b>14</b>	<b>342</b>	<b>418</b>
<b>Personne aidant à prendre le choix (parmi celles qui n'ont pas décidé toute seule)</b>				
Mari	12,5	11,6	20,5	18,5
Amie	6,1	0,0	5,8	6,2
Autre personne dans la famille	25,1	0,0	23,2	22,1
Médecin	33,1	29,7	34,2	33,8
Pharmacien	18,2	49,6	0,4	5,0
Infirmière	4,9	9,1	12,9	11,9
Sage Femme	0,0	0,0	1,9	1,6
Equipe mobile	0,0	0,0	1,1	0,9
<b>Effectif</b>	<b>18</b>	<b>7</b>	<b>124</b>	<b>149</b>
<b>Où travaille cette personne (si un prestataire a aidé)?</b>				
Hôpital	0,0	0,0	18,2	14,5
Maternité	0,0	0,0	1,3	1,0
Centre de santé	12,7	21,9	14,1	14,7
Dispensaire	8,8	0,0	15,0	12,9
Visite à domicile	0,0	0,0	1,4	1,1
Equipe mobile	0,0	0,0	2,0	1,6
AMPF	0,0	0,0	1,5	1,2
Pharmacie	32,4	56,1	0,0	8,9
Clinique/polyclinique	14,8	0,0	1,8	3,0
Médecins	31,3	22,0	43,7	40,3
Parents/amis	0,0	0,0	1,1	0,9
<b>Effectif</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>68</b>	<b>84</b>

## 6 Discussion et Conclusion

La prévalence de la contraception continue à augmenter au Maroc. L'essentiel de l'accroissement de la prévalence est enregistré dans les zones rurales. Le stérilet prend une part plus importante dans la combinaison des méthodes de PF. Il s'agit essentiellement d'un phénomène rural et la plupart des services sont obtenus par l'entremise du secteur public.

Pour l'utilisation future des méthodes modernes de PF, il y a deux segments de la population qui semblent être de bonnes cibles : les utilisatrices des méthodes traditionnelles et les femmes qui ont l'intention d'utiliser la PF à l'avenir. Ces deux segments de la population sont (en moyenne) bien instruits relativement aux autres segments de la population. Les femmes qui utilisent les méthodes traditionnelles sont plutôt âgées, se trouvent en milieu urbain et sont assez riches.<sup>40</sup> Les femmes avec l'intention d'utiliser à l'avenir sont en moyenne jeunes et se trouvent en milieu rural.

En se basant sur ces profils, il apparaît que les utilisatrices des méthodes traditionnelles sont un marché potentiel pour les méthodes de longue durée. Une grande majorité réside en milieu urbain (où se trouvent la plupart des médecins), elles sont assez âgées et ont les moyens de payer les services privés. Les utilisatrices des méthodes à court terme sont aussi une cible, mais ces femmes sont beaucoup plus variées et ont besoin d'un plan de marketing avec plus de subtilités.

L'ignorance subsiste envers les méthodes de longue durée. Plus de la moitié des femmes n'ont donné aucune opinion à propos de ces méthodes. Et malheureusement les opinions émises par les autres femmes étaient surtout celles évoquant les effets secondaires. Toutefois, elles pensent que l'injectable est facile à obtenir, abordable et efficace. D'autres indications démontrent que l'injectable n'est pas apprécié, par exemple la discontinuation fréquente des utilisatrices d'injectables. Seulement 11 pour cent des femmes qui ont l'intention de pratiquer la PF ont exprimé une préférence pour l'injectable.

Les femmes (avec opinions) ne sont pas aussi défavorables aux stérilets. La majorité des femmes qui ne sont pas les utilisatrices actuelles de méthodes de longue durée pensent qu'il y a des effets secondaires, contrairement aux utilisatrices actuelles des méthodes de longue durée ou seulement moins de la moitié pensent qu'il y a des effets secondaires. En fait pour presque tous les indicateurs d'utilisation et d'accès pour les stérilets, les femmes qui sont les utilisatrices actuelles sont plus favorables. Un plan de marketing devra prendre ce fait en compte (c'est-à-dire, l'expérience avec le DIU est meilleure que ne l'indiquent les rumeurs).

Les effets secondaires et les caractéristiques particulières des méthodes constituent les raisons principales faisant que les femmes ont arrêté d'utiliser la PF. Certes, le nombre des utilisatrices du stérilet et des injectables est peu élevé et les résultats ne sont pas assis sur des bases solides mais pratiquement toutes les anciennes utilisatrices ont cité ces raisons comme étant à l'origine de l'abandon de ces méthodes. Les anciennes utilisatrices de la pilule ont cité d'autres raisons liées à la fécondité telles que le souhait d'avoir un autre enfant ou l'allaitement. Toutefois, l'enseignement qui se dégage ici est le suivant : une attention bien plus grande doit être accordée à la prise en charge des effets secondaires, surtout ceux engendrés par les méthodes de longue durée.

---

<sup>40</sup> Ces constatations dérivent des profils des segments, donc elles sont des tendances et non pas les descriptions de femmes « classiques » de segments. C'est-à-dire, il serait faux de dire qu'une majorité des utilisatrices des méthodes traditionnelles sont âgées ET urbaines ET instruites.

Biosel et *Kinat Al Hilal* ont de très bonnes notoriétés. Biosel, le produit de MS pour la réhydratation des enfants souffrant de diarrhée bénéficie d'une meilleure notoriété parmi les femmes aisées. La notoriété de *Kinat Al Hilal* se concentre parmi les femmes de classes moyennes. Une étude de cas intéressante pour CMS serait d'analyser les raisons expliquant les modes des connaissances d'une classe sociale à l'autre pour ces deux produits. *Hoqnat Al Hilal* (injectables) et *Lawlab Al Hilal* (stérilet) sont des produits relativement nouveaux et inconnus.

Les femmes avec un SSE plus bas choisissent la source d'approvisionnement et de services en fonction d'un ensemble de critères relativement pragmatiques. Elles souhaitent que la source soit à proximité et que la méthode soit disponible. Les femmes appartenant à des couches plus aisées sont à la recherche d'autres éléments tels que la propreté des lieux et l'accueil aimable des prestataires en plus des aspects les aspects pragmatiques.

La majorité des femmes utilisant actuellement une méthode de PF décident elles-mêmes de la méthode qu'elle préfère. Mais les femmes plus aisées sont plus susceptibles d'être conseillées dans leur choix, le plus souvent de la part d'un médecin. Par contre, parmi les femmes de groupes à revenus plus faibles qui reçoivent une aide pour décider, la majorité se tourne vers les membres de la famille ou les amies.

## 7 Références

Azelmat, Mustapha, Ahmed Abdemoneim. 1999. *Enquête sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME) 1997*. Ministère de la Santé, direction de la planification et des ressources financières, service des études et de l'information sanitaire et PAPCHILD.

Azelmat, Mustapha, Mohamed Ayad et El Arbi Housni. 1996. *Enquête de Panel sur la Population et la Santé (EPPS) 1995*. Calverton, Maryland (U.S.A) : Ministère de la Santé Publique, Direction de la Planification et des Ressources Financières, Service des Etude et de l'Information Sanitaire et Macro Internationale Inc.

CMS/Maroc. 2001. *Workplan : January – December 2001*. Rabat : CMS/Maroc.

Commercial Market Strategies/Maroc. 2001. *Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des ménages en matière de planification familiale*. Rabat : CMS/Maroc.

LMS Marketing. 2001. « *Connaissance, attitudes et pratiques des ménages en matière de planification familiale : Deliverable 2* ». CMS Project : Washington, DC.

Montgomery, Mark, Michele Gragnolati, Kathleen Burke, and Edmundo Paredes. 2000. *Measuring Living Standards with Proxy Variables*, *Demography*, 37(2): 155-174.



## 8 Annexe

Tableau A.1: Résultats de la régression pour calculer une estimation des dépenses régulières des ménages.

Variable	Moyenne (Pourcentage qui possède le bien)	Coefficient	Std. Err.
<b>Source d'eau</b> (1=robinet, 0=autre)	63,0	0,240**	0,096
<b>W.C.</b> (1=w.c., 0=autre)	67,6	0,155+	0,088
<b>Composition du parterre</b> (1= finie, 0= naturelle/rudimentaire)	77,4	0,109	0,086
<b>Bien durables possédés par le ménage</b>			
Electricité (1=possédé par le ménage)	66,6	0,004	0,115
Radio	82,8	0,288**	0,072
Télévision	78,8	0,169+	0,098
Téléphone	24,9	0,201*	0,077
Réfrigérateur	41,7	0,211**	0,080
Machine à laver	10,2	0,319**	0,100
Bicyclette	16,1	-0,116	0,072
Motocyclette	11,6	-0,009	0,118
Voiture	9,9	0,159	0,117
Tracteur	0,8	0,585**	0,157
Charrette/Mulet/Cheval	23,2	-0,772	0,088
<b>No. de personne par pièce utilisée pour dormir</b>	<b>0,38 (moyen)</b>	<b>0,324+</b>	<b>0,174</b>
Constant		8,263	0,408
R-carré:	0,362		
Effectif:	682		

\*\* p < .01 level; \* p < .05 level; + p < .01 level

*Tableau A.2 Utilisation actuelle de la contraception par milieu, selon différentes sources.*

Répartition (en %) des femmes mariées âgées de 15-49 ans par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon le milieu.

Méthode	EPPS 1995	PAPCHILD 1997	CMS 2000
<b>URBAIN</b>			
N'importe quelle méthode	64,2	65,8	67,4
N'importe quelle méthode moderne	51,0	54,3	56,5
N'importe quelle méthode traditionnelle	13,2	11,6	11,0
Aucune méthode	35,8	34,2	32,6
<b>Mélange de méthodes utilisées actuellement</b>			
Pilule	56.4	61.2	62.8
Stérilet	9.5	11.1	9.6
Injectable	0.0	1.4	2.4
Méthodes vaginales	0.5	0.3	0.1
Condom	4.0	3.3	2.8
Stéril féminin	8.7	5.2	5.9
Stéril mascul.	0.0	0.0	0.0
Implant/Norplant	0.3	0.0	0.0
Contenance périodique	12.9	7.9	9.5
Retrait	6.9	6.4	6.5
Allaitment Prolongue	0.0	2.7	0.3
Autres	0.8	0.6	0.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>RURAL</b>			
N'importe quelle méthode	39,2	51,7	52,6
N'importe quelle méthode moderne	35,6	43,8	47,9
N'importe quelle méthode traditionnelle	3,6	7,8	4,7
Aucune méthode	60,8	48,3	47,4

(Tableau A.2)

<b>Mélange de méthodes utilisées actuellement</b>			
Pilule	73,8	70,7	65,0
Stérilet	7,4	7,0	17,3
Injectable	0,3	1,2	2,7
Methodes vaginales	0,0	0,2	0,0
Condom	1,0	0,6	0,4
Stéril féminin	8,1	5,0	5,7
Stéril mascul.	0,0	0,0	0,0
Implant/Nor-plant	0,0	0,2	0,0
Continence périodique	4,3	2,5	7,6
Retrait	3,8	3,7	1,3
Allaitment Prolongue	0,0	8,5	0,0
Autres	1,3	0,4	0,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>







**COMMERCIAL MARKET STRATEGIES**  
NEW DIRECTIONS IN REPRODUCTIVE HEALTH

 FUNDED BY:  
 US Agency for International Development  
 USAID Contract No. HRN-C-00-98-00039-00

**Commercial Market Strategies Office**  
1001 G Street NW, Suite 400W  
Washington DC, 20001-4545  
Telephone: (202) 220-2150  
Fax: (202) 220-2189  
Web: [www.cmsproject.com](http://www.cmsproject.com)

**Deloitte  
Touche  
Tohmatsu**

IN PARTNERSHIP WITH:  
Abt Associates Inc.  
Population Services International